



# Personnes âgées dépendantes à domicile

## La place de l'animation socioculturelle

Marine LUGON et Amandine BAILLIFARD

Travail Social / Animation socioculturelle / Promotion 08

Sous la direction d'Emmanuel SOLIOZ

# REMERCIEMENTS

---

Nous tenons à exprimer notre profonde reconnaissance à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail. Nous remercions particulièrement :

- Emmanuel Solioz, professeur à la HES-SO de Sierre et directeur de notre Travail de Bachelor, pour son suivi et la confiance témoignée quant à l'élaboration de ce mémoire.
- Les nombreux/-ses professionnels/-les qui ont accepté de nous rencontrer, de nous accorder de leur temps et de nous guider en ce qui concerne la thématique abordée.
- Chantal, Isabelle et Grégory pour leurs relectures avisées.
- Nos proches pour leur précieux soutien.

Nous dédions ce travail à *mon grand-papa André* qui nous a quittés il y a peu...

---

- Les opinions émises dans ce document n'engagent que leurs auteurs.
- Ces dernières certifient avoir mené seules l'étude qui a permis d'effectuer ce travail et affirment avoir mentionné toutes les sources utilisées afin d'y parvenir.
- Par respect pour les personnes intégrées dans la recherche, les prénoms sont fictifs.

**Signatures des étudiantes :**

.....  
.....

---

**Photographie de couverture : Figure 1**

<http://sante-medecine.commentcamarche.net/faq/1246-ameliorer-la-prescription-des-psychotropes-chez-les-sujets-ages>

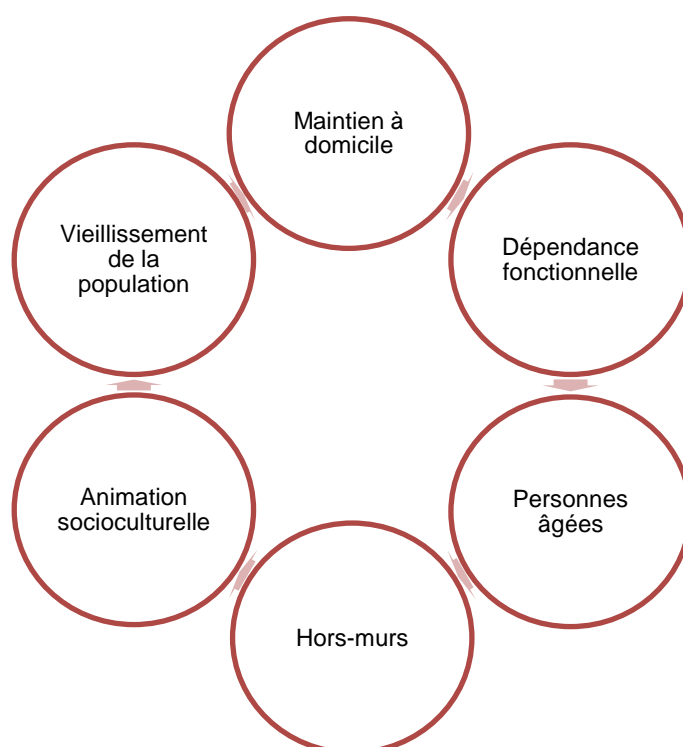
# RÉSUMÉ

Aujourd'hui, nul n'ignore les préjugés que suggèrent la vieillesse et les personnes que l'on catégorise comme étant entrées dans cette étape de la vie. Les médias et les ouvrages spécialisés sonnent le glas à propos d'une situation perçue comme un problème social : le papy-boom émerge et la cohorte des personnes très âgées prendra de plus en plus de place dans les années à venir. Dans les discours, le mot dépendance semble vouloir résumer à lui seul une problématique pourtant vague et complexe. Quant à l'institutionnalisation, elle paraît rester le seul moyen de prise en charge valorisé.

Pourtant, il est à se demander quelles sont les notions qui se cachent derrière le terme de dépendance. Quelles sont les personnes âgées que l'on qualifie de dépendantes ? Combien sont-elles dans notre région ? Dans une société qui met en exergue les valeurs du travail et de « l'utilité » au sens économique du terme, comment accueillir de manière appropriée une population de plus en plus âgée ? Le maintien à domicile serait-il intéressant ? Quelle place l'animateur/-trice socioculturel/le peut-il/elle prendre dans les interventions mises en place pour cette population, plus particulièrement à domicile ? D'ailleurs, la voie du hors-murs est-elle intéressante ? Voici les questions auxquelles cette recherche tente de répondre.

La première partie de ce travail traite de l'aspect théorique, permettant la compréhension de concepts en lien avec les thématiques de dépendance et d'intervention à domicile, des indicateurs utilisés en la matière et de ce qui en résulte au travers des prises en charge proposées. Ceci prépare une analyse fondée sur les propos d'acteurs/-trices qui jouent un rôle dans le maintien à domicile des personnes âgées dites dépendantes. Cette recherche s'attèle à déceler leurs avis sur les questions posées plus haut. Pour conclure, quelques pistes d'action sont proposées et les limites de la recherche sont mentionnées.

# MOTS-CLÉS



# TABLE DES MATIÈRES

<b>1.</b>	<b>CONSTRUCTION DE L'OBJET DE RECHERCHE .....</b>	<b>9</b>
1.1.	<b>Le choix de la thématique et son illustration.....</b>	<b>9</b>
1.1.1.	Nos formations pratiques, nos questionnements.....	9
1.1.2.	Vers une thématique plus précise .....	9
1.1.3.	L'animateur/-trice socioculturel/le et le papy-boom .....	10
1.1.4.	Une population hétérogène pour plusieurs formes d'interventions .....	10
1.2.	<b>La question de départ et le projet de recherche.....</b>	<b>11</b>
1.2.1.	Les objectifs de la recherche .....	11
1.2.2.	Les hypothèses.....	12
1.2.3.	Nos positionnements préalables à la recherche.....	12
1.4.	<b>L'aspect de la dépendance auquel nous nous intéresserons.....</b>	<b>13</b>
<b>2.</b>	<b>CADRE THÉORIQUE .....</b>	<b>14</b>
2.1.	<b>Quelques notions pour comprendre la dépendance .....</b>	<b>14</b>
2.1.1.	La dépendance, un terme à plusieurs significations .....	14
2.1.2.	La dépendance comprise comme perte d'autonomie .....	15
2.1.3.	Les types de dépendances .....	16
2.1.4.	Le concept de fragilité .....	16
2.2.	<b>La dépendance comme produit de la société.....</b>	<b>17</b>
2.2.1.	Les personnes âgées dépendantes : une catégorie sociale .....	18
2.2.2.	Deux perceptions.....	18
2.2.2.1.	<i>La perspective biomédicale .....</i>	<i>18</i>
2.2.2.2.	<i>La perspective socio-médicale .....</i>	<i>20</i>
2.2.3.	Influence de la perception biomédicale sur les actions.....	20
2.3.	<b>Mesurer la dépendance .....</b>	<b>20</b>
2.3.1.	L'influence du monde médical.....	21
2.3.2.	Un bref historique .....	21
2.3.2.1.	<i>Le développement des échelles de mesure en général.....</i>	<i>21</i>
2.3.2.2.	<i>L'avènement des échelles dans le domaine du médical et de la vieillesse .....</i>	<i>21</i>
2.3.3.	Généralités .....	22
2.3.3.1.	<i>Quelques propriétés.....</i>	<i>22</i>
2.3.3.2.	<i>Des outils différents selon les objectifs poursuivis.....</i>	<i>22</i>
2.3.4.	Comme référence : les échelles selon Katz et Lawton .....	22
2.3.4.1.	<i>Des échelles « révolutionnaires ».....</i>	<i>23</i>
2.3.4.2.	<i>Le échelles selon Katz mesurant les AVQ.....</i>	<i>23</i>
2.3.4.3.	<i>L'échelle selon Lawton mesurant les AIVQ .....</i>	<i>24</i>
2.3.5.	En Suisse romande .....	24
2.3.5.1.	<i>À l'hôpital : l'indice de Barthel .....</i>	<i>24</i>
2.3.5.2.	<i>En EMS : le système BESA .....</i>	<i>25</i>
2.3.5.3.	<i>À domicile : l'outil RAI-domicile Suisse.....</i>	<i>27</i>

<b>2.4. Les prises en charge proposées en Valais .....</b>	<b>27</b>
2.4.1. La politique de la vieillesse .....	28
2.4.2. Les soins de longue durée .....	28
2.4.3. Les prises en charge sociales, hospitalières et médicales .....	29
2.4.3.1. <i>La prise en charge sociale</i> .....	29
2.4.3.2. <i>La prise en charge infirmière</i> .....	29
2.4.3.3. <i>La prise en charge médicale</i> .....	30
2.4.4. Les alternatives formelles proposées en Valais .....	30
2.4.4.1. <i>Les services d'aide à domicile</i> .....	30
2.4.4.2. <i>Les appartements protégés ou à encadrement médico-social</i> .....	30
2.4.4.3. <i>Les foyers de jour</i> .....	31
2.4.4.4. <i>Les structures de soins de nuit</i> .....	32
2.4.4.5. <i>Les lits de court séjour en établissement médico-social</i> .....	32
2.4.4.6. <i>Les établissements médico-sociaux pour personnes âgées</i> .....	32
2.4.5. Des prises en charge en lien avec le degré de dépendance .....	33
<b>2.5. L'intervention à domicile .....</b>	<b>33</b>
2.5.1. Un bref historique .....	33
2.5.1.1. <i>Des familles aux structures formelles et l'inverse</i> .....	33
2.5.1.2. <i>Développement en Suisse</i> .....	34
2.5.1.3. <i>Développement en Valais</i> .....	35
2.5.2. Des enjeux généraux .....	36
2.5.2.1. <i>L'intervention ou l'intrusion ?</i> .....	36
2.5.2.2. <i>Les manières de réagir</i> .....	37
2.5.3. En Suisse et en Valais .....	37
2.5.3.1. <i>Une volonté politique</i> .....	37
2.5.3.2. <i>L'avis des personnes concernées</i> .....	37
2.5.3.3. <i>Les avantages financiers</i> .....	38
2.5.3.4. <i>Penser aux aidants informels</i> .....	38
<b>2.6. Vers un état des lieux : perspective statistique .....</b>	<b>38</b>
2.6.1. Les moyens permettant de mesurer la dépendance .....	38
2.6.1.1. <i>Le calcul du taux de personnes âgées dépendantes</i> .....	38
2.6.1.2. <i>La dépendance et le vieillissement de la population</i> .....	39
2.6.1.3. <i>Le seuil d'âge à considérer</i> .....	39
2.6.2. Influence du niveau socio-économique .....	40
2.6.3. Autres obstacles à la conservation de l'indépendance .....	40
2.6.4. Les personnes âgées en Valais .....	40
2.6.4.1. <i>Une population en augmentation</i> .....	40
2.6.4.2. <i>La nuance amenée par l'espérance de vie sans incapacité</i> .....	41
2.6.4.3. <i>Le nombre de personnes âgées qualifiées de dépendantes en Valais</i> .....	41
2.6.5. Les modes de prise en charge en chiffres .....	42
2.6.5.1. <i>La prise en charge à domicile</i> .....	42
2.6.5.2. <i>Aide ménagère</i> .....	43
2.6.5.3. <i>L'institutionnalisation</i> .....	43
2.6.5.5. <i>Aspects subjectifs de la vieillesse</i> .....	43
2.6.5.4. <i>Pour conclure</i> .....	43

<b>3.</b>	<b>DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE .....</b>	<b>45</b>
3.1.	<b>Le terrain de recherche.....</b>	<b>45</b>
3.1.2.	La sphère territoriale concernée .....	45
3.2.	<b>L'échantillon prévu .....</b>	<b>46</b>
3.2.1.	Des interventions différentes pour une même problématique.....	46
3.2.2.	Profils professionnels recherchés .....	47
3.2.2.1.	<i>Des infirmiers/-ères intervenant à domicile.....</i>	<i>47</i>
3.2.2.2.	<i>Un/e ou des politicien/ne/s .....</i>	<i>47</i>
3.2.2.3.	<i>Des directeurs/-trices d'institutions ou d'associations .....</i>	<i>47</i>
3.2.2.4.	<i>Des animateurs/-trices socioculturels/-les .....</i>	<i>47</i>
3.3.	<b>Méthodes de récolte .....</b>	<b>48</b>
3.3.1.	L'approche qualitative .....	48
3.3.2.	L'entretien comme moyen de recueillir des informations .....	49
3.3.2.1.	<i>Objectifs des entretiens.....</i>	<i>49</i>
3.3.2.2.	<i>Le type d'entretien semi-directif.....</i>	<i>49</i>
3.3.3.	D'un point de vue éthique .....	49
3.3.4.	Risques de la démarche méthodologique adoptée .....	50
3.3.4.1.	<i>L'échantillon prévu .....</i>	<i>50</i>
3.3.4.2.	<i>La conception subjective de la réalité.....</i>	<i>50</i>
<b>4.</b>	<b>ANALYSE DES DONNÉES .....</b>	<b>51</b>
4.1.	<b>En préambule .....</b>	<b>51</b>
4.1.1.	La forme de la grille d'entretien .....	51
4.1.2.	Déroulement des entretiens .....	51
4.1.3.	La forme de la grille d'analyse .....	52
4.1.4.	Profil des personnes interrogées .....	52
4.1.4.1.	<i>Des entretiens avec sept femmes .....</i>	<i>52</i>
4.1.4.2.	<i>Présentation.....</i>	<i>52</i>
4.1.4.3.	<i>Les remarques préalables à l'analyse .....</i>	<i>54</i>
4.2.	<b>Liens avec les hypothèses .....</b>	<b>56</b>
4.2.1.	L'hypothèse 1 : la dépendance et l'aspect relationnel .....	56
4.2.1.1.	<i>Les façons de définir la dépendance .....</i>	<i>56</i>
4.2.1.2.	<i>L'importance du lien face au risque de la solitude .....</i>	<i>60</i>
4.2.1.3.	<i>Le rôle des familles et des proches .....</i>	<i>61</i>
4.2.1.4.	<i>L'appel aux bénévoles, aux professionnels/-les et au tissu associatif.....</i>	<i>62</i>
4.2.1.5.	<i>Le rôle-clé de l'animateur/-trice socioculturel/le dans la question du lien...64</i>	<i>64</i>
4.2.1.6.	<i>Synthèse : une perspective relationnelle perçue comme importante .....</i>	<i>64</i>
4.2.3.	L'hypothèse 2 : des centres de loisirs pour les aînés .....	66
4.2.3.1.	<i>Les fonctions données à une telle intervention.....</i>	<i>66</i>
4.2.3.2.	<i>Des petits projets pour des grands résultats.....</i>	<i>70</i>
4.2.3.3.	<i>Enjeux.....</i>	<i>70</i>
4.2.3.4.	<i>Les ressources à mobiliser.....</i>	<i>73</i>
4.2.3.5.	<i>Quelques pistes d'action proposées.....</i>	<i>73</i>

4.2.3.6. Synthèse : une volonté.....	74
4.3.3. L'hypothèse 3 : l'animation et le projet de santé.....	75
4.3.3.1. L'animateur/-trice et le personnel soignant.....	75
4.3.3.2. Ce qui influence la relation.....	75
4.3.3.3. Les formations spécifiques dans le milieu de la personne âgée.....	78
4.3.3.4. Deux types d'interventions.....	78
4.3.3.5. Agir en amont en évitant ou en retardant l'institutionnalisation.....	79
4.3.3.6. Synthèse : décroiser ou différencier l'animation des soins ?.....	80
<b>5. PARTIE CONCLUSIVE .....</b>	<b>82</b>
<b>5.1. Retour à la question de recherche : pistes d'action .....</b>	<b>82</b>
5.1.1. Liens avec le référentiel de compétences .....	82
5.1.2. Pistes d'action .....	83
<b>5.2. L'auto-analyse de la démarche .....</b>	<b>84</b>
5.2.1. Le choix du sujet.....	84
5.2.2. La partie théorique.....	84
5.2.3. Notre intérêt pour le positionnement médical .....	85
5.2.4. La partie analytique .....	85
<b>5.3. Les limites de la recherche .....</b>	<b>86</b>
<b>5.4. Bilan par rapport à la formation.....</b>	<b>86</b>
<b>5.5. Bilan personnel .....</b>	<b>87</b>
5.5.1. Une démarche « admirable ».....	87
<b>5.6. Apprentissages réalisés .....</b>	<b>88</b>
<b>5.7. Mot de conclusion.....</b>	<b>88</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE ET WEBOGRAPHIE .....</b>	<b>90</b>
Ouvrages.....	90
Dictionnaires et encyclopédies .....	91
Articles tirés de revues spécialisées .....	91
Articles tirés de périodiques.....	92
Mémoires de fin d'études.....	92
Procès-verbal de symposium.....	92
Documents universitaires .....	93
Documents fédéraux .....	93
Canton du Valais .....	93
Confédération Suisse.....	93
Documents officiels d'autres pays.....	93
Documents de formation.....	94
Autres documents.....	94
Webographie .....	94
<b>LISTE DES ANNEXES.....</b>	<b>98</b>
<b>Annexe A : Liste des abréviations.....</b>	<b>98</b>
<b>Annexe B : Tableau de Katz et al. (1970).....</b>	<b>99</b>

<b>Annexe C : Échelle d'activités instrumentales de la vie courante (Lawton)</b>	<b>100</b>
<b>Annexe D : Grille BESA (2011)</b>	<b>102</b>
<b>Annexe E : Projets d'appartements à encadrements médico-social</b>	<b>103</b>
<b>Annexe F : Schéma de la classification internationale du</b>	
<b>fonctionnement, du handicap et de la santé</b>	<b>104</b>
<b>Annexe G : Grille d'entretien</b>	<b>105</b>
<b>Annexe H : Grille d'analyse</b>	<b>107</b>

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

---

<b>FIGURE 2</b>	<b>13</b>
<b>SCHÉMA 1</b>	<b>40</b>
<b>SCHÉMA 2</b>	<b>42</b>
<b>SCHÉMA 3</b>	<b>43</b>
<b>FIGURE 3</b>	<b>46</b>



# 1. CONSTRUCTION DE L'OBJET DE RECHERCHE

---

*« Qu'est-ce qui détruit plus rapidement que de travailler, de penser, de sentir sans nécessité intérieure, sans un choix profondément personnel, sans plaisir, comme un automate mû par le devoir ? »*

Friedrich Nietzsche

## 1.1. Le choix de la thématique et son illustration

### 1.1.1. Nos formations pratiques, nos questionnements

La plupart des expériences pratiques que nous avons toutes les deux effectuées se sont déroulées dans des institutions accueillant des personnes âgées. Collègues d'études depuis longtemps, il va sans dire que nous avons eu plusieurs discussions relatives à la gériatrie, le milieu dans lequel nous aimerions nous professionnaliser. Traiter à deux d'un domaine qui nous intéresse nous paraît d'autant plus pertinent d'un point de vue scientifique. Nous pourrions ainsi confronter nos avis personnels et professionnels selon les expériences que chacune a vécues et les cadres théoriques à partir desquels nous nous sommes inspirées.

### 1.1.2. Vers une thématique plus précise

Au départ, nous désirions explorer les types de prises en charge proposées aux personnes souffrant de troubles psychogériatriques, ce type de population-cible nous paraissant en augmentation. Par troubles psychogériatriques, nous entendions les troubles psychologiques et psychiques engendrés par le vieillissement normal et pathologique de l'individu, notamment les troubles démentiels causés par les maladies de type Alzheimer<sup>1</sup>.

Lors de notre première rencontre, notre directeur de Travail de Bachelor nous a fait remarquer l'aspect réducteur de notre thématique. En voulant uniquement nous concentrer sur les personnes âgées souffrant de problèmes psychopathologiques (qui font référence « [...] aux maladies du psychisme et l'altération des processus conscients. »<sup>2</sup>), nous ne prenions pas en compte le fait que celles-ci faisaient partie d'un public plus large, celui des personnes âgées dépendantes. Il nous a dès lors paru plus pertinent de nous intéresser à toutes les personnes qui ont besoin d'aide externe afin de réaliser des tâches de la vie quotidienne.

Par la suite, nous avons également remarqué que le thème choisi ne démontrait pas clairement le lien avec le travail social et surtout avec notre future profession, l'animation socioculturelle. C'est la raison pour laquelle nous avons trouvé important de cerner la place et la position adoptées par l'animateur/-trice socioculturel/le dans les divers modes de prises en charge proposés aux personnes âgées dépendantes. Enfin, alors que nous avions déjà engagé notre travail de recherche, nous avons décidé de diriger nos recherches vers une

---

<sup>1</sup> RICHARD, Jacques. - **Psychiatrie gériatrique : Esquisse d'une histoire médicale par l'élaboration de son langage.** - Belgique : Éditions Pierre Mardaga, 2001, pages 74,75

<sup>2</sup> LANGENFELD, Solange et al. - **Processus psycho-pathologiques : Unité d'Enseignement 2.6.** - Issy-les-Moulineaux : Éditions Elsevier Masson, Collection Les essentiels en IFSl., 2011, page 3

hypothèse d'action, celle de la possibilité pour les animateurs/-trices socioculturels/-les d'intervenir au domicile des personnes âgées dépendantes.

### 1.1.3. L'animateur/-trice socioculturel/le et le papy-boom

Sachant que le nombre de personnes âgées va tripler dans les cinquante prochaines années, nous nous questionnons sur l'évolution de leur prise en charge. À l'heure actuelle, on juge en effet qu'environ 20% des personnes âgées de 80 à 84 ans et 33% des plus de 85 ans doivent bénéficier de soins de longue durée<sup>3</sup>. De plus, nous observons que la politique de vieillesse actuelle tend à favoriser le maintien à domicile et la création de foyers de jour pour retarder l'arrivée des personnes âgées dépendantes en EMS. Quelle est la place de l'animation socioculturelle dans cette situation en continuelle évolution ?

### 1.1.4. Une population hétérogène pour plusieurs formes d'interventions

Lors du forum terrain-école régional (Valais romand) de l'animation socioculturelle<sup>4</sup>, un directeur d'association nous faisait remarquer que l'animation socioculturelle en gériatrie n'est pas un champ d'activités qui se concentre uniquement à l'intérieur des murs de l'institution. Ce professionnel nous faisait justement observer l'émergence du secteur hors-murs avec la population des personnes âgées. Pourtant, en début d'année, lorsque nos professeurs/-es nous ont demandé avec quel type de population nous aimerions nous professionnaliser, la plupart des personnes désireuses de travailler avec des personnes âgées ont répondu vouloir exercer dans les EMS. Nous avons encore tendance, semble-t-il, à associer la prise en charge des personnes âgées à l'institution de type médico-social.

En tant que futures travailleuses sociales, il nous semble cependant important de prendre en compte les secteurs qui émergent dans notre champ d'activités et de ne pas réduire les formes d'aide à un seul type d'intervention. Les personnes âgées dépendantes ont-elles toutes les mêmes besoins et les mêmes attentes ? Le travailleur social nous paraît devoir s'adapter à l'évolution des types de populations avec lesquels il travaille en considérant autant les besoins collectifs qu'individuels.

Pendant nos différents stages effectués en EMS ou en foyers de jour, nous nous sommes aperçues du rôle important que jouait l'animation socioculturelle dans ces milieux institutionnels et vers quels buts elle tendait. Cela dit, l'émergence de cette profession dans ce type d'établissements suscite en nous quelques interrogations.

Est-ce que les personnes âgées dépendantes qui vivent à domicile bénéficient de formes d'animations ? Peuvent-elles élaborer les projets de leur choix et ainsi prouver qu'elles sont autonomes ? Est-ce que des animateurs/-trices socioculturels/-les exercent un travail hors-murs avec cette population et dans la négative, pensent-ils/-elles que cela serait utile ? À ce sujet, qu'en est-il des opinions des politiciens/-nes et des personnes travaillant dans le milieu médical ? Par exemple, certains/-es politiciens/-nes tendent à vouloir démontrer les avantages de l'intervention à domicile. De plus, nous remarquons que les animateurs/-trices socioculturels/-les travaillant dans les institutions se positionnent souvent de façon différente (et complémentaire) par rapport aux personnes appartenant au corps médical. Qu'en est-il ou qu'en serait-il s'ils/elles travaillaient à l'extérieur des murs ? Surtout, afin de répondre à ces questions, ne faut-il pas commencer par se poser la question suivante : est-ce que dépendance rime forcément avec institutionnalisation ?

<sup>3</sup> BERREAU, Gilles. - **Le Valais se prépare à accueillir le papy-boom.** - Le Nouvelliste, le 17 avril 2010

<sup>4</sup> Le forum terrain-école régional de l'animation socioculturelle qui a eu lieu le 20 mai 2010

## 1.2. La question de départ et le projet de recherche

Ces réflexions nous amènent à nous poser la question de recherche suivante :

***Quelles sont les interventions que pourrait proposer  
l'animateur/-trice socioculturel/le  
à des personnes âgées vivant à domicile ?***

### 1.2.1. Les objectifs de la recherche

Dans un premier temps

- Identifier nos ressources.
- Préalablement à la recherche, faire part de notre positionnement personnel et professionnel en lien avec nos expériences pratiques.
- Formuler des hypothèses en lien avec notre positionnement.

Dans un deuxième temps

- Réunir de la documentation sur les divers thèmes abordés liés à la problématique principale, soit la dépendance des personnes âgées et leur prise en charge, en particulier à domicile.
- Définir les différents termes qui seront couramment utilisés dans notre recherche et analyser la manière dont ils sont employés.
- Prendre en compte certains concepts théoriques afin de favoriser la compréhension de la thématique.

Dans un troisième temps

- Recenser les types de prises en charge proposés aux personnes âgées dépendantes.
- Découvrir quelles sont les similitudes, les différences et les éventuelles complémentarités qui existent entre les formes d'interventions.
- Tenter de recenser, selon les informations à disposition, le nombre de personnes âgées dépendantes prises en charge.
- Percevoir quelles interventions correspondent à quels besoins.
- Prendre en compte les réalités géographiques et sociales de notre terrain d'investigation.

Dans un quatrième temps

- S'entretenir avec des personnes susceptibles de nous apporter des éléments de compréhension en lien avec les hypothèses.
- Analyser les données en lien avec le statut de chaque personne et en émettant des liens entre les hypothèses de départ, les concepts et l'avis de chacun.

Dans un dernier temps

- Proposer des pistes d'action pertinentes en ce qui concerne la prise en charge des personnes âgées dites dépendantes à un niveau socioculturel en fonction de ce que nous pouvons retirer de l'analyse.
- Conclure en relatant les apprentissages effectués en lien avec notre travail de recherche et notre future profession d'animatrices socioculturelles.

### 1.2.2. Les hypothèses

Ici, nous formulons quelques hypothèses qui nous permettront de diriger nos recherches en fonction de ce que nous désirons savoir. Si elles peuvent paraître impertinentes et catégoriser de façon significative certaines professions ou manières de faire, il ne s'agit que d'une base qui nous permettra par la suite de construire de façon scientifique notre travail.

Afin de parler des actions nous nous référons aux cours que nous avons suivis durant le semestre spécifique à l'animation socioculturelle lors de notre formation au sein de la Haute Ecole Spécialisée en Travail Social.

- La personne âgée n'est pas uniquement dépendante lorsqu'elle souffre de problèmes physiques ou psychiques. Il y a également un aspect relationnel à prendre en compte.
- Il y a une place pour l'animation hors des institutions. L'émergence du hors-murs dans les centres de loisirs est connue. Le hors-murs a aussi sa place lors de la prise en charge des personnes âgées qui ne sont pas placées dans des établissements médico-sociaux ou dans des foyers de jour. Rappelons qu'animer est sensé remettre de la vie. Les animateurs/-trices de formation HES ont leur place à domicile avec les personnes âgées qui n'ont pas forcément d'encadrement.
- Les actions d'animation socioculturelle avec la population-cible qui nous intéresse sont perçues par les professionnels/-les du domaine médical comme se devant de faire partie du projet de santé de l'institution ou de l'association, par exemple en étant préventives.

### 1.2.3. Nos positionnements préalables à la recherche

S'il n'est pas encore ici le lieu de définir les différents termes spécifiques que nous utiliserons ou de démontrer les perspectives statistiques de notre travail, nous estimons nécessaire d'expliquer ce que nous comprenons par le terme « dépendance » et quel est notre avis à ce sujet.

Nous pensons que les personnes qui souffrent de dépendance éprouvent de la difficulté à réaliser diverses tâches de la vie quotidienne et ont donc besoin d'aide externe afin de les effectuer. Selon les expériences professionnelles que nous avons eues dans le domaine de la gériatrie et de la psychogériatrie, nous estimons toutes les deux que de plus en plus de personnes sont prises en charge en raison de leur âge. La vieillesse n'est pourtant pas une maladie, on ne travaille pas sur le vieillissement. Est-ce que cette augmentation est réelle et dans l'affirmative, pour quelles raisons ce type de public-cible s'accroît ?

Nous pensons également, selon nos observations, que ce sont souvent les proches qui prennent la relève et que ceux-ci se retrouvent bien souvent épuisés. En plus de prendre en charge leurs parents, ces derniers ont souvent une activité professionnelle et des enfants. En outre, une charge émotionnelle peut être vécue lorsque cette place est occupée par les aidants proches.

D'autre part, nous trouvons que l'accent est mis sur le mot **soins**. Cependant, qu'en est-il de ces termes qui nous semblent si importants pour le sujet âgé : socialisation, estime de soi, valorisation, besoin de se sentir utile... ? L'aîné/e nous semble être suffisamment accompagné/e à domicile pour tout ce qui est de l'ordre des soins. Cependant, ne serait-il pas temps de se questionner et de mettre en avant le fait que le sujet âgé a également besoin de personnes l'aidant à développer et à utiliser ses ressources, mais pas uniquement à l'accompagner pour ses activités de la vie quotidienne ? Nous trouvons que la réalisation d'un tel travail tendrait à démontrer quel est le rôle que peut jouer l'animation socioculturelle

dans le milieu de la personne âgée. Nous jugeons également qu'il serait important de mettre en place un système proposant l'intervention d'un animateur/-trice socioculturel/le. Celui-ci n'aurait pas uniquement pour rôle de réaliser des activités qualifiées d'occupationnelles avec les bénéficiaires mais bien de construire des projets avec ces derniers, en lien avec leurs ressources.

En ce qui concerne la prise en charge des personnes âgées dépendantes, nous pensons qu'elle est, la plupart du temps, institutionnelle. Quelles sont les autres formes de réponses à la dépendance ?

#### **1.4. L'aspect de la dépendance auquel nous nous intéresserons**

Lorsque nous recherchons le terme « dépendance » dans les moteurs de recherche de différents sites de revues spécialisées, les premiers articles qui apparaissent font référence à l'addiction à une substance. De la même manière, le dictionnaire de politique sociale se concentre uniquement sur cet aspect de la définition du vocable qui nous interpelle.

Nous nous intéresserons cependant à la situation de dépendance qui touche particulièrement la personne qui vit un ou plusieurs handicaps engendrant une perte d'autonomie évaluable. Nous pensons que ces difficultés sont physiques ou psychiques. Lors de la première partie de notre travail, il s'agira de définir de façon plus précise le type de dépendance auquel nous nous intéresserons.



**Figure 2 :** <http://enfinla.over-blog.fr/article-49142569.html>

## 2. CADRE THÉORIQUE

---

*« La culture, la connaissance, l'étude éclairent, elles ne révèlent pas. »*

Hélène Grimaud

Il paraît essentiel, afin d'éclairer nos pistes de recherche, de mieux comprendre la thématique abordée dans ce travail. Pour ce faire, nous allons rédiger un cadre théorique en lien avec notre question de recherche et les hypothèses qui s'y rattachent. Nous procéderons en nous appuyant sur ce que nous avons admis comme étant des évidences dans le domaine de la dépendance et de la vieillesse pour plus tard, si besoin en est, déconstruire ces vérités au profit d'une perspective scientifique.

### 2.1. Quelques notions pour comprendre la dépendance

Ensemble et durant nos expériences pratiques en gériatrie, nous avons beaucoup parlé de la dépendance et des termes qui y sont souvent associés. En y réfléchissant, nous constatons pourtant que l'on ne sait pas vraiment ce qu'ils signifient et à quoi ils se rattachent.

#### 2.1.1. La dépendance, un terme à plusieurs significations

Un premier élément nous frappe lorsque nous consultons les documents fédéraux traitant du domaine de la dépendance chez les personnes âgées. La plupart du temps, aucune définition du vocable « dépendance » n'est explicitée.

##### La dépendance comme relation de réciprocité

Bernard Ennuyer donne quelques éléments de compréhension autour de ce terme. Il explique que selon le dictionnaire, la dépendance est « [...] la situation d'une personne qui dépend d'autrui ». Il s'intéresse également au verbe « dépendre » et remarque que celui-ci a plusieurs sens. L'un d'entre eux est en lien avec des concepts comme la solidarité et l'interdépendance.<sup>5</sup>

##### La dépendance comme relation d'assujettissement

Une autre signification, plus récente, est utilisée pour qualifier une personne qui « [...] est sous l'autorité, l'emprise [...] » et inspire des idées « [...] d'asservissement, d'assujettissement, de servitude, de soumission, etc. ».<sup>6</sup> Dans la plupart des documents officiels suisses et valaisans, c'est certainement à cette signification que font référence les auteurs/-es. Par exemple, dans un document publié par le Service valaisan de la santé publique, nous remarquons l'utilisation fréquente des termes de « **prise** en charge », « **besoin** en soins », « **tributaires** des soins »<sup>7</sup>. D'autre part, l'Observatoire suisse de la

---

<sup>5</sup> ENNUYER, Bernard. - **Les malentendus de la dépendance, de l'incapacité au lien social**. - Paris : Éditions Dunod, 2002, pages 100

<sup>6</sup> Loc. cit.

<sup>7</sup> [www.vs.ch/NavigData/DS\\_63/M16343/fr/ems\\_2005\\_rapport.pdf](http://www.vs.ch/NavigData/DS_63/M16343/fr/ems_2005_rapport.pdf)



santé explique que les personnes ne pouvant accomplir les actes de la vie quotidienne deviennent dépendantes d'autres individus<sup>8</sup>.

Pourquoi définit-on la dépendance de cette manière, l'expliquant comme un état d'assujettissement ? Plus loin, nous traiterons de ce qui pourrait expliquer cette corrélation en s'intéressant notamment à la perspective médicale de la dépendance, aspect qui influence largement notre façon de considérer la population-cible à laquelle nous nous intéressons.

### La dépendance fonctionnelle

De plus en plus, et cela vraisemblablement pour éviter de faire référence à ces définitions qui peuvent prêter à confusion, les auteurs/-es précisent qu'ils parlent de la dépendance fonctionnelle, c'est-à-dire de la difficulté qu'une personne peut éprouver dans l'accomplissement des tâches de la vie quotidienne<sup>9</sup>. Cette notion se réfère cependant clairement à la définition de l'assujettissement<sup>10</sup>.

## 2.1.2. La dépendance comprise comme perte d'autonomie

Sur de nombreux documents, la perte d'autonomie est utilisée comme synonyme de la dépendance. En tant qu'animatrices socioculturelles en formation, nous sommes particulièrement étonnées par l'utilisation de ce vocable. Durant nos précédentes périodes de formation pratique, nous cherchions justement à ce que les personnes qui avaient besoin de nous soient pourvues d'un maximum de pouvoir décisionnel en ce qui les concerne. Est-ce que nous avons une conception de l'autonomie qui n'est pas juste ? Sinon, comment le lien entre dépendance et perte d'autonomie peut-il être fait ?

### L'utilisation courante

En employant la qualification de « perte d'autonomie » pour identifier le phénomène qui nous intéresse, les auteurs/-es relient effectivement - peut-être de manière involontaire - « [...] l'incapacité à **faire** à l'incapacité à **être** ». En ayant besoin d'aide, soit en ne **pouvant** plus accomplir toutes les tâches de la vie quotidienne, on ne **pourrait** plus être maîtres des décisions qui concernent notre propre vie<sup>11</sup>. Cette association provient d'une part de la confusion entre les deux sens du verbe pouvoir qui signifie « avoir la capacité » ou « avoir le droit »<sup>12</sup>.

De plus, il existe deux façons d'utiliser le mot « autonomie ». Premièrement, ce terme est régulièrement employé dans le langage courant sans faire de liens particuliers avec le contexte dans lequel il est employé et la ou les personnes que l'on associe à ce vocable. On exprime simplement ce qui nous semble être une vérité. Par exemple, on peut dire que l'on lutte pour que les personnes âgées demeurent autonomes le plus longtemps possible. Par là, on exprime un idéal qui semble si évident qu'on n'aurait nul besoin de démontrer sa pertinence. En fait, en utilisant le vocable « autonomie » de cette manière, on fait référence à la définition suivante : le fait que les personnes doivent choisir le plus longtemps possible elles-mêmes les règles qu'elles veulent suivre, sans devoir respecter aucune de celles qui leur sont imposées par les autres. En comprenant l'autonomie de cette manière, on crée un lien avec l'indépendance qui veut que « [...] l'on ne dépende de personne d'autre que de

<sup>8</sup> [www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/04/01/ind26.indicator.149006.260101.html?close=149002&open=149002](http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/04/01/ind26.indicator.149006.260101.html?close=149002&open=149002)

<sup>9</sup> ORIS, Michel et al. - **Transitions dans les parcours de vie et construction des inégalités**. - Lausanne : Presses polytechniques et universitaires romandes, 2009, page 390

<sup>10</sup> DHERBEY, Brigitte et al. - **La dépendance des personnes âgées : Des services aux personnes âgées aux gisements d'emploi**. - Sainte-Anne : Éditions Érès, Collection Pratiques du champ social, 1996, page 34

<sup>11</sup> ENNUYER, Bernard. - **Les malentendus de la dépendance, de l'incapacité au lien social**. - Op.cit., page 100

<sup>12</sup> Ibid., page 53

*soi-même* ». Ensuite, en considérant l'indépendance et l'autonomie comme étant quasiment équivalentes, la relation entre leurs contraires, la dépendance et la perte d'autonomie, est vite établie. Voilà comment le terme d'autonomie s'est peu à peu associé à celui de dépendance.<sup>13</sup>

### L'avis des sociologues

Cette signification est individualiste dans le sens où elle prend en compte l'humain comme valeur suprême. Or, les sociologues considèrent l'humain, peu importe son âge, comme un être collectif qui ne fait de toutes manières pas ce qu'il veut, devant s'adapter à certaines obligations relatives à la vie en société. Au travers de cette approche, l'autonomie serait donc un concept mobile qui s'équilibre entre les relations aux autres, les formes de dépendances que ces dernières engendrent et la possibilité de les gérer comme on le souhaite, pour son propre profit. Dans ce cas, la dépendance n'est plus perçue comme étant opposée à l'autonomie mais au contraire comme une condition pour que celle-ci, qui se construit au travers d'innombrables interdépendances, soit effective<sup>14</sup>. Lorsque le sujet âgé rencontre une ou des incapacités, son autonomie se concrétiserait alors lorsqu'il trouve des alternatives qui permettent de la/les compenser, notamment en faisant appel à une aide extérieure<sup>15</sup>. De cette manière, il paraît compliqué d'associer perte d'autonomie et dépendance, cette dernière étant considérée comme obligatoire pour justement parvenir à conserver son autonomie.

### 2.1.3. Les types de dépendances

Selon Geneviève Gridel, la dépendance, en gériatrie, peut être physique ou psychique<sup>16</sup>. C'est donc à ces types de dépendance que nous nous intéresserons particulièrement, sachant qu'elles peuvent engendrer d'autres types de difficultés. Nous nous imaginons très bien par exemple qu'une personne atteinte d'une maladie de type Alzheimer ne puisse plus gérer seule ses finances ou qu'une personne à mobilité réduite ne puisse plus effectuer ses tâches ménagères journalières. Nombre d'auteurs de perspective médicale sont d'ailleurs d'accord pour dire que ces deux types de dépendance, physique et psychique, peuvent être étroitement liés. Les maladies de type Alzheimer auraient pour l'une de leurs conséquences des incapacités menant à un besoin d'aide dans les activités de la vie quotidienne<sup>17</sup>.

Henriette Gardent et al. expliquent que la dépendance étant enchevêtrée par des facteurs autant physiques, psychiques que sociaux, il est difficile de définir la dépendance de manière facilement compréhensible.<sup>18</sup>

### 2.1.4. Le concept de fragilité

La plupart des documents s'intéressant à la dépendance des personnes âgées évoquent la notion de fragilité. Qui plus est, une sociologue nous a signalé que selon elle, il n'était pas pensable de vouloir parler de la dépendance sans évoquer le concept de fragilité. Que signifie ce terme dans le champ qui nous intéresse et pourquoi est-il utilisé ?

<sup>13</sup> Ibid., pages 288, 289, 290

<sup>14</sup> Loc. cit.

<sup>15</sup> SABBAAH, Laurent et al. - Article 190, *Autonomie et dépendance chez le sujet âgé*. - **Le tout en un : Révisions IFSI**. - Paris : Édition Masson, 2009, page 518

<sup>16</sup> GRIDEL, Geneviève. - **Dépendance et vieillissement in Veyset B. (2003)** - Paris : Éditions L'Harmattan, 1989, page 23

<sup>17</sup> MARSAUDON, Éric. - 200 Questions-clés sur la maladie d'Alzheimer : Informer, traiter, accompagner, prendre en charge. - Paris : Éditions Ellébore, 2008, page 25

<sup>18</sup> GARDENT, Henriette et al. - **Dépendance des personnes âgées et charge en soins, expérimentation simultanées de six grilles de dépendance**. - Vanves : Centre Technique National d'Études et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations, 1988, page 5



## Un critère de définition de la vieillesse

Selon l'aspect du parcours de vie, la société détermine de quelle manière l'être humain entre dans les différentes étapes de la vie. Pour comprendre ce phénomène, il s'agit de trouver des signes caractéristiques d'une période. Celle qui nous intéresse est souvent définie par le simple critère de l'âge ou par la notion de dépendance fonctionnelle. Cependant, ces critères s'avèrent inappropriés. En effet, les états de santé d'individus du même âge sont très hétérogènes. Quant à la dépendance, elle ne se rapporte qu'à une faible proportion des personnes très âgées et est bien souvent temporaire. Pour caractériser la vieillesse, il serait plus approprié de parler du processus de fragilisation et de l'état qu'il risque de provoquer, soit la fragilité.<sup>19</sup>

## Une définition

On sait dès lors que la fragilité serait liée à l'âge avancé. Mais que signifie-t-elle ? Il s'agit d'une situation qui peut survenir suite au processus de fragilisation de l'organisme qui se déroule durant le vieillissement. On peut la considérer comme un équilibre incertain et facilement brisé entre la santé, l'autonomie, l'indépendance physique, les ressources personnelles et externes. La personne qui est fragile éprouve des difficultés à répliquer de façon optimale à un élément perturbateur. Celui-ci peut être interne (infection, déshydratation), externe (choc affectif), brutal (accident) et/ou progressif (lié au vieillissement).<sup>20</sup>

## Des liens entre la dépendance et la fragilité

Les acteurs de la santé font souvent un lien entre la fragilité et la dépendance. Pour certains, cette dernière est l'étape résultant d'un processus linéaire de fragilisation qui conduirait inéluctablement de la fragilité à la dépendance. Pour d'autres, la dépendance est uniquement un risque de la fragilité qui elle-même est facultative<sup>21</sup>. La dépendance serait potentiellement induite suite à l'augmentation de chutes et de maladies engendrées par la fragilité<sup>22</sup>. Une étude longitudinale suisse montre pourtant que toutes les personnes fragiles ne sont pas toutes dépendantes fonctionnelles tandis que la plupart des dépendants fonctionnels sont des personnes qualifiées de fragiles<sup>23</sup>.

## **2.2. La dépendance comme produit de la société**

Dans ce chapitre, nous verrons comment la société a peu à peu institutionnalisé la dépendance des personnes âgées. En bref, le processus d'institutionnalisation consiste en la modification de la perception que l'on a d'une catégorie de la population. Cela entraîne la mise en place de structures particulières et, par la suite, les individus qui font virtuellement partie de cette catégorie peuvent accepter les rôles et les statuts qu'on leur attribue.<sup>24</sup>

<sup>19</sup> ORIS, Michel et al. - **Transitions dans les parcours de vie et construction des inégalités**. - Op. cit., pages 389, 390

<sup>20</sup> [www.l-institut-servier.com/download/vv/6.pdf](http://www.l-institut-servier.com/download/vv/6.pdf)

<sup>21</sup> [www.credoc.fr/pdf/Rech/C256.pdf](http://www.credoc.fr/pdf/Rech/C256.pdf)

<sup>22</sup> ARMI, Franca et al. - **La fragilité dans le grand âge, définition et impact sur les échanges de services**. - Revue Gérontologie et société, 2004/2 n° 109, page 53

<sup>23</sup> Ibid., page 52

<sup>24</sup> THOMAS, Hélène. - **Le « métier » de vieillard, institutionnalisation de la dépendance et processus de désindividualisation dans la grande vieillesse**. - Politix, 2005/4, no 72, page 33

## 2.2.1. Les personnes âgées dépendantes : une catégorie sociale

### Qu'est-ce qu'une catégorie sociale ?

Comme le fait remarquer Erving Goffmann, la société classe les personnes en fonction de propriétés qu'elles auraient en commun avec d'autres individus. Ces attributs, nous les percevons comme étant naturels et inéluctables chez tous les individus que l'on considère comme faisant partie d'un même groupe<sup>25</sup>. En parlant de personnes âgées dépendantes, on montre que l'on considère la dépendance et l'âge avancé comme étant intimement liés<sup>26</sup>.

### L'avènement de la catégorie des personnes âgées dépendantes

Afin de comprendre quels sont les enjeux sociopolitiques et culturels du thème traité, il faut savoir que la catégorie sociale à laquelle nous nous intéressons n'a pas toujours existé. En effet, en France, l'adjectif « dépendant » n'est associé à la personne âgée que depuis les années septante<sup>27</sup>. Auparavant, les personnes âgées que l'on qualifie aujourd'hui de dépendantes étaient absorbées par la catégorie des personnes en situation de handicap<sup>28</sup> et la vieillesse était considérée comme une simple période de la vie<sup>29</sup>. Cela permettait d'éviter de traiter différemment, en fonction de leurs âges, des personnes vivant les mêmes problématiques<sup>30</sup>. Par la suite, les professionnels de la santé commencent à distinguer les personnes âgées handicapées du domaine du handicap et de l'invalidité. Les problématiques de ces dernières ne sont plus perçues comme le résultat d'un problème qui apparaîtrait soudainement mais comme étant liées au vieillissement normal<sup>31</sup>.

Cette scission est certainement en relation avec une perception de la vieillesse en pleine évolution à cette époque. Les individus traversant cette étape commencent à être divisés en deux catégories : les retraités, considérés comme vieillissant bien et étant actifs, et les personnes âgées, vues comme vieillissant mal.<sup>32</sup>

## 2.2.2. Deux perceptions

Nous expliquerons brièvement deux perspectives principales qui tendent à influencer la perception sociale de la dépendance et donc l'ensemble des interventions qui sont mises en place à cet effet.

### 2.2.2.1. La perspective biomédicale

La construction de la catégorie des personnes âgées a été influencée par la perspective biomédicale qui considère la dépendance comme étant l'effet de maladies dites « invalidantes ».<sup>33</sup>

### La perception de la maladie selon Wood

En 1980, l'OMS adopte le modèle créé par le médecin Philip Wood. Celui-ci explique les maladies en prenant spécialement en compte leurs effets qu'il observe au travers d'une

<sup>25</sup> MARTIN, Claude et al. - **La dépendance des personnes âgées : Quelles politiques en Europe**. - Rennes : Presses universitaires, 2003, page 96

<sup>26</sup> Ibid., page 97

<sup>27</sup> Loc. cit.

<sup>28</sup> Ibid., page 95

<sup>29</sup> THOMAS, Hélène.- Op. cit., page 33

<sup>30</sup> MARTIN, Claude et al. - Op. cit., page 95

<sup>31</sup> Ibid., page 99

<sup>32</sup> MARTIN, Claude et al. - Op. cit., page 97

<sup>33</sup> Ibid., page 99

conception linéaire. Pour le médecin britannique, la maladie engendre une déficience, soit une dégradation d'une ou de plusieurs fonctions physiques. Cela a pour conséquence des incapacités qui se traduisent par la difficulté que l'individu éprouve à accomplir normalement des activités de la vie quotidienne. Ensuite, un désavantage ou un handicap survient, restreignant la personne touchée dans la réalisation d'un rôle social normal, c'est-à-dire qui est fonction de son âge, de son sexe, de ce que l'on attend d'elle et d'autres facteurs socioculturels<sup>34</sup>. Le désavantage (ou handicap) est manifeste quand les rôles de survie sont atteints<sup>35</sup>. Ceux-ci servent à prendre en compte les effets du handicap sur l'environnement social de l'individu affecté<sup>36</sup>. Les rôles de survie sont les suivants :

- « *La mobilité physique* » :
  - capacité de se mouvoir dans son environnement
  - capacité à s'orienter
- « *L'indépendance physique* » : faculté à réaliser les actes de la vie quotidienne sans aide externe.
- « *L'occupation* » : parvenir à réaliser ses loisirs de façon normale.
- « *L'intégration sociale* » : prendre part à des relations sociales.
- « *La suffisance économique* » : assurer sa propre indépendance financière au travers d'une activité lucrative ou de l'exploitation de bien.<sup>37</sup>

Cette conception sera souvent critiquée, notamment parce qu'elle incite à considérer les symptômes de la maladie comme étant décisifs dans la provocation de l'état d'une personne. Certains auteurs rappellent que les symptômes occasionnent souvent des situations auxquelles la personne peut remédier seule. De ce fait, l'idée de dépendance est écartée.<sup>38</sup>

### La vieillesse comprise comme synonyme de maladie

Les gériatres, qui sont les bâtisseurs de nombreux concepts dans le champ qui nous intéresse<sup>39</sup>, adapteront ce modèle à la personne âgée. De cette manière, la vieillesse est associée à une maladie<sup>40</sup> et la dépendance est comprise comme un état résultant du processus de vieillissement<sup>41</sup>. De surcroît, ce processus sera généralement perçu comme évolutif, sans possibilité de retour en arrière<sup>42</sup>, malgré la volonté de certains/-es auteurs/-es (et de Philip Wood lui-même !) de le percevoir comme étant dynamique et relatif à l'environnement socioculturel dans lequel vit la personne touchée par une affection engendrant un handicap<sup>43</sup>.

Cette manière de concevoir la vieillesse au travers des déficiences est certes importante, permettant par exemple de l'observer de façon objective. Cependant, elle comporte quelques inconvénients. Nous avons vu qu'elle ne prenait pas ou peu en compte la perspective environnementale. De plus, elle nie les ressources et les particularités de la personne observée en se focalisant sur des aspects d'ordre financiers.<sup>44</sup>

<sup>34</sup> ENNUYER, Bernard. - **Les malentendus de la dépendance, de l'incapacité au lien social**. - Op. cit., pages 106, 107

<sup>35</sup> ROBINE, Jean-Marie et al. - **Espérance de vie sans incapacité et ses composantes : de nouveaux indicateurs pour mesurer la santé et les besoins de la population**. - Revue Population, 39<sup>e</sup> année, n° 1, 1984, page 28

<sup>36</sup> MALEL, Kamel et al. - **Santé publique : médecine légale, médecine du travail**. - Paris : Éditions ESTEM, 1996, page 87

<sup>37</sup> ROBINE, Jean-Marie et al. - Op. cit., page 28

<sup>38</sup> MEIRE, Philippe et al. - **Le paradoxe de la vieillesse : l'autonomie dans la dépendance**. - Bruxelles : Éditions De Boeck, 1997, page 60

<sup>39</sup> BONNET, Magalie. - **Vivre âgé à domicile : Entre autonomie et dépendance**. - Paris : Éditions L'Harmattan, 2001, page 13

<sup>40</sup> ENNUYER, Bernard. - **Les malentendus de la dépendance, de l'incapacité au lien social**. - Op. cit., page 108

<sup>41</sup> MARTIN, Claude et al. - Op. cit., page 100

<sup>42</sup> Ibid., page 99

<sup>43</sup> ENNUYER, Bernard. - **Les malentendus de la dépendance, de l'incapacité au lien social**. - Op. cit., page 101

<sup>44</sup> BONNET, Magalie. - Op. cit., page 13

Aujourd'hui, cette perspective influence encore grandement notre perception de la vieillesse et la manière que nous avons de la définir<sup>45</sup>. D'ailleurs, nous l'avons vu plus haut (voir chap. 2.1.1. *Un terme à plusieurs sens*), de récents documents suisses semblent percevoir la dépendance comme étant statique et synonyme d'asservissement.

#### 2.2.2.2. La perspective socio-médicale

La perspective médicale de la vieillesse a vite été remise en question par le modèle socio-médical. Pour cette dernière, la pathologie peut effectivement engendrer une limitation des compétences, ce qui induit des conséquences sur les capacités fonctionnelles et sur l'environnement<sup>46</sup>. Cependant, les auteurs considèrent la perspective médicale comme étant abusivement linéaire et déterminante. Par exemple, ils estiment que la personne souffrant de dépendance peut recouvrer une situation antérieure plus confortable<sup>47</sup>. De plus, cet aspect perçoit comme déterminants dans la relation que la personne entretient avec la dépendance la position de la personne âgée et les liens qu'elle entretient avec les autres membres des groupes sociaux auxquels elle appartient<sup>48</sup>. Ici, nous revenons, semble-t-il, au sens du verbe dépendre comme inspirant des concepts d'interdépendance et de relation de solidarité.

Si l'on admet qu'il y ait un lien entre la maladie et la vieillesse et donc entre le handicap et la dépendance, il faut savoir que l'OMS modifie l'outil conceptuel servant à la Classification du fonctionnement, du handicap et de la santé en 2001. Il tente tout d'abord de percevoir de manière plus positive certains concepts. Par exemple, le terme « incapacité » est remplacé par la « limitation d'activités ». De plus, ce modèle est devenu bio-psycho-social en prenant d'autant plus en compte l'environnement dans lequel l'individu vit le handicap. Le contexte se qualifie par des éléments personnels comme l'âge, le sexe ou le degré d'instruction mais également par tout ce qui est mis en place par la société à un niveau législatif, politique, associatif, social ou politique.<sup>49</sup>

#### 2.2.3. Influence de la perception biomédicale sur les actions

Selon la plupart des auteurs d'inspiration sociologique, notre façon de percevoir et de définir la catégorie sociale des personnes âgées dépendantes se retrouve dans les instruments d'évaluation du degré de dépendance<sup>50</sup>. Nous irons plus loin en émettant l'hypothèse que la perspective biomédicale et les définitions qui en émergent ont largement influencé le système institutionnel qui a été mis en place dans notre système sociopolitique suisse.

### 2.3. Mesurer la dépendance

Plusieurs outils ont été mis en place pour mesurer le degré de dépendance fonctionnelle. Philippe Meire et Isabelle Neiryck en ont dénombré près de cinq cents.<sup>51</sup>

Quant à nous, nous nous intéresserons principalement à ceux qui sont utilisés en Suisse romande ainsi qu'à ceux qui les ont inspirés. Cette partie nous permettra d'une part de comprendre ce que nous entendons lorsque les professionnels du domaine médical nous

<sup>45</sup> MARTIN, Claude et al. - Op. cit., page 101

<sup>46</sup> HENRARD, Jean-Claude.- **Les multiples facettes du vieillissement : Nous n'avons pas que l'âge de nos artères.** - Questions de santé publique, N° 2, septembre 2008, page 3

<sup>47</sup> MARTIN, Claude et al. - Op. cit., page 99

<sup>48</sup> Ibid., page 100

<sup>49</sup> BIMES-ARBUS, Stéphanie. - **Sciences humaines et sociales.** - Issy-les-Moulineaux : Éditions Elsevier Masson, 2006, pages 48-50

<sup>50</sup> CHABBERT, Joëlle et al. - **Vivre au grand âge :angoisses et ambivalences de la dépendance.** - Paris : Éditions Autrement, 2001, page 8

<sup>51</sup> MEIRE, Philippe et al. - **Le paradoxe de la vieillesse : l'autonomie dans la dépendance.** - Op.cit., page 65

parlent de personnes âgées dépendantes pour nous mener à saisir certains aspects que nous aborderons plus tard.

### 2.3.1. L'influence du monde médical

Les outils destinés à mesurer le degré de dépendance sont pour la plupart inspirés de la vision médicale de la vieillesse<sup>52</sup>, ne s'intéressant d'ailleurs qu'aux deux premiers rôles de survie explicités plus haut<sup>53</sup>. Cela nous semble montrer le dénuement d'intérêt pour ce qui est de l'ordre de l'environnement, que ce soit comme conséquence ou comme cause de la dépendance.

### 2.3.2. Un bref historique

#### 2.3.2.1. Le développement des échelles de mesure en général

Dès la fin du 19<sup>e</sup> siècle, les échelles de mesure se développent dans plusieurs champs scientifiques et notamment en sciences humaines où elles servent tout d'abord à mesurer la manière dont l'humain répond de ses sens et de ses perceptions. Puis, elles continuent leurs carrières dans l'évaluation de l'intelligence. C'est seulement plus tard que les échelles de mesure s'étendent au domaine de la psychiatrie et, dès les années soixante, à celui de la gériatrie.<sup>54</sup>

Le principal objectif de ces outils de mesure est de cerner un état en garantissant une certaine objectivité<sup>55</sup>. En désirant que la personne qui observe soit objective, on veut qu'elle reste externe à la situation observée en évitant à tout prix de s'impliquer émotionnellement<sup>56</sup>. Cette intention de se détacher de l'objet observé ou évalué montre qu'à l'origine, les sciences humaines se sont inspirées de notions et de techniques qui proviennent des sciences naturelles<sup>57</sup>.

#### 2.3.2.2. L'avènement des échelles dans le domaine du médical et de la vieillesse

Au départ, dans le champ de la vieillesse, les échelles de mesure servent simplement à quantifier le degré de dépendance<sup>58</sup>. D'ailleurs, avant les années quatre-vingts, l'individu était souvent évalué comme étant soit valide, invalide ou semi-valide<sup>59</sup>.

La planification et la quantification des soins et du personnel médical deviennent également des objectifs poursuivis par les échelles de mesure<sup>60</sup>. Comme le rappelle l'OMS, la dépendance (définie comme synonyme de handicap) oblige en effet l'individu qui la vit à se tourner vers un tiers pour parvenir à exécuter des rôles de survie. Le degré de dépendance serait donc un bon moyen pour prévoir la charge en travail<sup>61</sup>.

L'émergence d'outils pour permettre de quantifier le besoin en termes de soins et de professionnels est en lien avec une évolution certaine dans le secteur médical et

<sup>52</sup> MARTIN, Claude et al. - Op. cit., page 101

<sup>53</sup> [www.revueobservatoire.be/parutions/44/YlieffD44.htm](http://www.revueobservatoire.be/parutions/44/YlieffD44.htm)

<sup>54</sup> GARDENT, Henriette et al. - Op. cit., page 41

<sup>55</sup> MEIRE, Philippe et al. - **Le paradoxe de la vieillesse : l'autonomie dans la dépendance**. - Op. cit., page 58

<sup>56</sup> POURTOIS, Jean-Pierre et al. - **Épistémologie et instrumentation en sciences humaines**. - Sprimont : Éditions Pierre Margada, 2007, page 101

<sup>57</sup> Ibid., page 13

<sup>58</sup> Loc., cit.

<sup>59</sup> BILLE, Michel. - **Libre arbitre et traitement social de la vieillesse**. - Revue Les Cahiers de l'Actif, OFAS, no 364, septembre 2006, page 33

<sup>60</sup> GARDENT, Henriette et al. - Op. cit., page 41

<sup>61</sup> Ibid., page 5

d'hébergement de la personne âgée. En raison d'une politique de l'humanisation<sup>62</sup> qui tend à vouloir améliorer la condition des personnes âgées accueillies en long séjour<sup>63</sup>, les effectifs professionnels augmentent considérablement. D'autre part, les personnes travaillant sur le terrain se professionnalisent. D'ailleurs, les communautés religieuses désinvestissent le domaine des soins pour laisser de plus en plus de place au personnel médical, surtout aux infirmiers/-ères. Ces changements, accompagnés d'une volonté de parvenir à une efficacité médicale optimale, entraînent un réel besoin d'outils sophistiqués pour permettre aux professionnels/-es chargés/-es des soins de s'organiser<sup>64</sup>.

### 2.3.3. Généralités

#### 2.3.3.1. Quelques propriétés

La notion de dépendance étant encore confuse, les échelles servant à l'évaluer et/ou à la mesurer sont de formes variées<sup>65</sup>. On retrouve néanmoins trois propriétés qui sont communes à la plupart d'entre elles :

- l'incapacité de réaliser seul/e certaines fonctions ;
- le fait que ces dernières soient essentielles ;
- l'obligation d'un soutien externe afin de les réaliser.<sup>66</sup>

#### 2.3.3.2. Des outils différents selon les objectifs poursuivis

Les grilles et échelles d'évaluation et/ou de mesure de la dépendance peuvent, selon les objectifs qu'elles poursuivent, se distinguer les unes des autres. Généralement, on saisit trois catégories principales :

- les outils servant aux études statistiques et prenant en compte le contexte socioculturel de la personne qui est touchée par la dépendance ;
- les outils permettant de connaître la situation d'une personne dans le but de garantir un suivi optimal, par exemple au travers de la mise en place d'un programme qui prenne en compte ses besoins ;
- les outils administratifs servant principalement à octroyer les ressources, à chiffrer la quantité de travail et de professionnels/-les relative à l'état de la personne.

Les objectifs de certaines échelles ne s'excluent pas les uns des autres et souvent, celles qui ont été créées pour assurer le suivi ont été retravaillées afin qu'elles deviennent un outil utile pour l'octroi d'allocations financières.<sup>67</sup>

### 2.3.4. Comme référence : les échelles selon Katz et Lawton

Nous nous intéressons aux échelles selon Katz et Lawton car ces derniers sont les premiers qui ont permis d'évaluer la dépendance d'une manière accessible. De plus, ils ont inspiré au

<sup>62</sup> Ibid., page 42

<sup>63</sup> VALLET, Guy. - **Le management des centres hospitaliers universitaires, conférence des Directeurs Généraux de Centres hospitaliers Universitaires**. - Montrouge : Éditions John Libbey Eurotext, 1998, page 20

<sup>64</sup> GARDENT, Henriette et al. - Op. cit., page 42

<sup>65</sup> MEIRE, Philippe et al. - **Le paradoxe de la vieillesse : l'autonomie dans la dépendance**. - Op. cit., page 58

<sup>66</sup> Ibid., page 59

<sup>67</sup> Ibid., page 64



niveau international des grilles encore utilisées aujourd'hui par les professionnels/-les de la santé.<sup>68</sup>

Les échelles selon Katz et Lawton sont séparées en deux catégories de critères qui permettent l'évaluation du taux de dépendance :

- l'échelle selon Katz et al. (1970) donne la capacité d'évaluer les activités de la vie quotidienne ;
- l'outil d'évaluation selon Lawton mesure la faculté d'une personne à effectuer les activités instrumentales de la vie quotidienne.<sup>69</sup>

#### 2.3.4.1. Des échelles « révolutionnaires »

##### Les avantages

Ces échelles servent principalement à garantir le suivi optimal de la personne évaluée<sup>70</sup> (voir chap. 2.3.4. *Des outils différents selon les objectifs poursuivis*) en permettant d'avoir une vision médicale et pragmatique de la dépendance<sup>71</sup>. De plus, ils se sont avérés révolutionnaires dans le sens où ils ne s'intéressent pas directement aux ressources physiques ou cognitives de l'individu âgé mais les mesurent à travers un ensemble d'activités<sup>72</sup>. Cela paraît plus pertinent aux auteurs/-es et aux professionnels/-les de la santé de l'époque qui trouvent effectivement difficile d'évaluer l'état des personnes âgées en fonction de critères comme les pathologies. Ces dernières sont perçues comme étant multiples, chroniques et complexes à caractériser chez cette population. Évaluer les activités qui sont qualifiées comme étant des effets de diverses atteintes s'avère donc plus pertinent<sup>73</sup>.

Pour le personnel soignant, un autre avantage que comportent ces échelles est le suivant : ils peuvent convenir à l'évaluation du taux de dépendance de **toutes** les personnes âgées.<sup>74</sup>

##### Les critères d'utilisation

De plus, l'examen de la personne que l'on désire évaluer se déroule en quelques minutes, au moyen d'un questionnaire<sup>75</sup>. Au travers de questions reprenant des critères précis, la personne aidante mesure le degré d'assistance qui doit être donné au bénéficiaire dans l'exécution de ces activités. Ce degré est par la suite converti en note qui est reprise dans un autre tableau. Pour terminer, on catégorise chaque personne selon les types d'activités qu'elle réalise avec plus ou moins d'aide<sup>76</sup>.

#### 2.3.4.2. Les échelles selon Katz mesurant les AVQ

La première échelle évalue le degré d'autonomie de la personne dans la réalisation des activités de la vie quotidienne. Il s'agit des activités permettant directement à une personne

<sup>68</sup> [http://indexmedicus.afro.who.int/iah/fulltext/Thesis\\_Bamako/05M91.PDF](http://indexmedicus.afro.who.int/iah/fulltext/Thesis_Bamako/05M91.PDF)

<sup>69</sup> SABBAAH, Laurent et al. - Op.cit. page 518

<sup>70</sup> MEIRE, Philippe et al. - **Le paradoxe de la vieillesse : l'autonomie dans la dépendance**. - Op. cit., page 65

<sup>71</sup> [http://indexmedicus.afro.who.int/iah/fulltext/Thesis\\_Bamako/05M91.PDF](http://indexmedicus.afro.who.int/iah/fulltext/Thesis_Bamako/05M91.PDF)

<sup>72</sup> BENAÏM, C et al. - **Évaluation de l'autonomie de la personne âgée**. - Grau du Roi : Annales de réadaptation et de médecine physique, no 48, 2005, page 337

<sup>73</sup> GARDENT, Henriette et al. - Op. cit., page 5

<sup>74</sup> <http://papidoc.chic-cm.fr/35AutonomieADL.pdf>

<sup>75</sup> BENAÏM, C et al. - Op.cit., page 337

<sup>76</sup> CYR, Debba. - **Le degré de satisfaction à donner des soins en tant que médiateur du potentiel d'abus chez les personnes-soutien**. - Thèse présentée à la faculté des sciences sociales en vue de l'obtention de la maîtrise ES arts en psychologie. - Université de Moncton, septembre 1999, page 33

de subsister à ses propres besoins, par exemple au travers de la toilette ou de l'alimentation<sup>77</sup>. Katz distingue six activités de la vie quotidienne, soit

- « la toilette
- l'habillement
- aller aux toilettes
- le transfert
- la continence
- l'alimentation ».<sup>78</sup>

#### 2.3.4.3. L'échelle selon Lawton mesurant les AIVQ

Quant à la deuxième échelle, elle concerne les activités instrumentales de la vie quotidienne. Ces dernières permettent, indirectement de subvenir aux besoins primordiaux explicités dans le sous-chapitre précédent. Il s'agit de la capacité à pouvoir faire ses courses ou la cuisine mais également de pouvoir téléphoner<sup>79</sup>. Nous remarquons donc que ce deuxième outil est en relation avec la culture de la personne évaluée<sup>80</sup>. De plus, évaluer les activités instrumentales de la vie quotidienne s'avère particulièrement intéressant lorsque la personne vit à domicile. Dans ce cas, elle est dans l'obligation de pouvoir effectuer ces dernières<sup>81</sup>.

#### 2.3.5. En Suisse romande

##### 2.3.5.1. À l'hôpital : l'indice de Barthel

L'une de nos personnes ressources, infirmière responsable de liaison dans le groupement des centres médico-sociaux du Valais, nous a révélé que la plupart des infirmiers/-ères travaillant en milieu hospitalier utilisaient l'indice de Barthel pour mesurer la dépendance. Nous ne nous intéresserons pas directement au domaine hospitalier mais, comme cette professionnelle nous l'a expliqué, cet indice est connu de la plupart des infirmiers/-ères qui s'en servent de façon quotidienne et influence notre manière de voir la dépendance des personnes âgées.

##### Les types de populations évalués

L'indice de Barthel a été conçu en 1965, initialement à l'attention des personnes atteintes de pathologies chroniques. Aujourd'hui, il est particulièrement employé pour cerner le degré d'indépendance des personnes qui éprouvent des difficultés à se déplacer et donc, par analogie, à **certaines** personnes âgées.<sup>82</sup>

##### Ses objectifs et son mode de fonctionnement

Toujours selon cette personne ressource, cet outil fait partie de la même catégorie que les échelles de Katz et Lawton, poursuivant les objectifs de connaître l'état de la personne et de suivre cette dernière en proposant un programme d'actions. De plus, elle donne la possibilité de mesurer le degré d'exécution des activités de la vie quotidienne<sup>83</sup> et donc, la dépendance fonctionnelle.

<sup>77</sup> SABBAAH, Laurent et al. - Op.cit., page 518

<sup>78</sup> LE, Xuan Hoa Binh. - **Reconnaissance des comportements d'une personne âgée vivant seule dans un habitat intelligent pour la santé**. - Thèse présentée à l'université Joseph Fourier (sciences-technologies et médecine en vue de l'obtention du grade de Docteur.- Grenoble, décembre 2008, page 7

<sup>79</sup> SABBAAH, Laurent et al. - Op.cit., page 518

<sup>80</sup> [www.revueobservatoire.be/parutions/44/YlieffD44.htm](http://www.revueobservatoire.be/parutions/44/YlieffD44.htm)

<sup>81</sup> BENAÏM, C et al. - Op.cit., page 337

<sup>82</sup> DAGNEAUX, Isabelle et al. - **Des échelles pour prendre soin : Cailloux pour sentiers fragiles**. - Louvain-la-Neuve : Presses universitaires, 2009, page 112

<sup>83</sup> FIRTH, John D. et al. - **Gériatrie et soins palliatifs**. - Bruxelles : Éditions De Boeck, 2009, page 114



Cette échelle se distingue de celles qui ont été conçues précédemment car elle permet d'observer la façon dont la dépendance se développe<sup>84</sup> et les potentielles améliorations de la personne évaluée<sup>85</sup>. De plus, en indiquant quelles sont les activités qui sont les plus atteintes dans leur réalisation<sup>86</sup>, elle est d'autant plus utile dans la planification de l'accompagnement<sup>87</sup>. Sa facilité et sa rapidité d'usage a permis sa popularité dans le milieu médical<sup>88</sup>.

Cet outil est divisé en 10 activités de la vie quotidienne :

- « alimentation
- continence urinaire
- continence fécale
- soins personnels
- habillement
- escaliers
- déambulation
- transferts lit-fauteuil
- utilisation des toilettes
- bain ».<sup>89</sup>

Chaque item est estimé selon un chiffre qui peut être soit de 0, 5, 10. Le résultat maximal est de 100. Le chiffre 0 représente une complète dépendance et le chiffre 100 son contraire. Si le résultat est inférieur à 60, la personne évaluée éprouvera de la difficulté à vivre seule<sup>90</sup>. Après qu'un/e professionnel/le des soins ait évalué les activités effectuées par une personne, le résultat est confronté à ce que le patient estime être capable de faire<sup>91</sup>.

### 2.3.5.2. En EMS : le système BESA

En Suisse romande, il existe essentiellement deux systèmes consacrés à l'évaluation des soins de longue durée, c'est-à-dire à l'évaluation des personnes qui sont en EMS :

- Le système PLAISIR utilisé par les cantons de Genève, Jura, Neuchâtel et Vaud.
- Le système BESA utilisé par le canton du Valais.<sup>92</sup>

Ces outils administratifs servent plutôt à l'octroi des ressources.

Le système BESA est également utilisé par la plupart des établissements suisses-alsaciens accueillant des personnes âgées pour des soins de longue durée.

C'est la structure CuraViva qui a conçu cet outil qui devient obligatoire dans tous les EMS valaisans en 1997<sup>93</sup>. Ce système est utilisé uniquement en institutions médico-sociales et non à domicile. Nous nous y intéresserons tout de même brièvement car il est couramment adopté pour émettre des données statistiques qui pourraient nous intéresser, étant en lien avec la prise en charge à domicile. De plus, il démontre que les outils d'évaluation servent essentiellement à définir les besoins en soins.

<sup>84</sup> Collège national des enseignants de gériatrie (CNEG). - **Modules transversaux, Module 5 : Vieillesse**. - Paris : Éditions Masson, 2010, page 205

<sup>85</sup> FIRTH, John D. et al. - **Gériatrie et soins palliatifs**. - Op.cit., page 114

<sup>86</sup> <http://revue.medhyg.ch/article.php3?sid=21545>

<sup>87</sup> GRAY, David et al. - **Sémiologie médicale**. - Paris : Éditions Masson, 2003, page 199

<sup>88</sup> <http://revue.medhyg.ch/article.php3?sid=21545>

<sup>89</sup> [www.cofemer.fr/UserFiles/File/Barthel2.pdf](http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/Barthel2.pdf)

<sup>90</sup> Loc. cit.

<sup>91</sup> DAGNEAUX, Isabelle et al. - **Des échelles pour prendre soin : Cailloux pour sentiers fragiles**. - Op. cit., page 112

<sup>92</sup> [www.ssr-csa.ch/f/data/254/Microsoft Word - QS-Lpfl Bericht fr 20070424.pdf](http://www.ssr-csa.ch/f/data/254/Microsoft%20Word%20-%20QS-Lpfl%20Bericht%20fr%2020070424.pdf)

<sup>93</sup> [www.obs-vs-sante.ch/documents/8110\\_Informations contextuelles.pdf](http://www.obs-vs-sante.ch/documents/8110_Informations_contextuelles.pdf)

## Les fonctions du système

Ce système permet :

- de classer les pensionnaires des EMS selon leur degré de dépendance
- de facturer les soins selon leurs quantités.<sup>94</sup>

Avec les rentes pour impotents, les caisses maladies financent le secteur des soins. C'est le système BESA qui permet la dotation en personnel pour chaque personne prise en charge en EMS. Cela donne la possibilité de définir le coût engendré par les soins et ainsi, le taux qui va être pris en charge par les caisses maladies.<sup>95</sup>

## Le fonctionnement du système jusqu'à fin 2010

Jusqu'à fin 2010, le système BESA se séparait en cinq catégories, de 0 à 4. Cela permettait de quantifier le temps de soins requis pour une personne sur une période de vingt-quatre heures. Le degré le plus élevé se subdivise en deux catégories.

BESA 0	n'a besoin d'aucun soins, ni d'aucun traitement.
BESA 1	a besoin de petites prestations de soins et de traitements médicaux, à raison d'entre 10 et 40 minutes.
BESA 2	a régulièrement besoin de soins, à raison de 60 à 90 minutes.
BESA 3	a très souvent besoin de soins, à raison de 110 à 160 minutes.
BESA 4 Physique	a besoin de plus de 180 minutes de soins par jour, cela pour des problèmes physiques.
BESA 4 Psychogériatrique	a besoin de plus de 180 minutes de soins par jour, cela pour des problèmes psychiques <sup>96</sup> .

Ensuite, le personnel de soins attribue un certain nombre de points pour chaque catégorie. Celui-ci est défini sur la base de la moyenne du coût du point BESA<sup>97</sup>. Pour terminer, les points sont à nouveau convertis en minutes<sup>98</sup>. Les caisses d'assurances-maladie octroient aux EMS un montant quotidien qui est défini selon le degré de dépendance des résidents/-es<sup>99</sup>. Dans le présent travail, il ne nous paraît pas utile d'expliquer de manière détaillée la méthode de calcul proposée par le système BESA.

## L'évolution de l'outil BESA en 2011<sup>100</sup>

Dès 2009, on constate une nette réduction de la participation financière des assurances-maladies. Ce phénomène découle du fait que la mutation des points BESA en minutes n'est pas uniforme pour tous les cas<sup>101</sup>. Il est donc décidé que l'outil, qui ne paraît

<sup>94</sup> Loc. cit.

<sup>95</sup> [www.vs.ch/NavigData/DS\\_63/M16343/fr/ems\\_2005\\_rapport.pdf](http://www.vs.ch/NavigData/DS_63/M16343/fr/ems_2005_rapport.pdf)

<sup>96</sup> [www.vs.ch/NavigData/DS\\_63/M16343/fr/Planification%20soins%20longue%20dur%20E9e%202010-2015.pdf](http://www.vs.ch/NavigData/DS_63/M16343/fr/Planification%20soins%20longue%20dur%20E9e%202010-2015.pdf)

<sup>97</sup> [www.vs.ch/NavigData/DS\\_63/M16343/fr/ems\\_2005\\_rapport.pdf](http://www.vs.ch/NavigData/DS_63/M16343/fr/ems_2005_rapport.pdf)

<sup>98</sup> [www.vs.ch/NavigData/DS\\_63/M16343/fr/Planification%20soins%20longue%20dur%20E9e%202010-2015.pdf](http://www.vs.ch/NavigData/DS_63/M16343/fr/Planification%20soins%20longue%20dur%20E9e%202010-2015.pdf)

<sup>99</sup> [www.finanzausgleich.ch/m/mandanten/185/download/Politique\\_valaisanne\\_pers\\_handicapees.pdf](http://www.finanzausgleich.ch/m/mandanten/185/download/Politique_valaisanne_pers_handicapees.pdf)

<sup>100</sup> Voir Annexe D

<sup>101</sup> [www.avelems.ch/avelems/avelems.nsf/0/E9F981EE72744BABC12577500026BAA2/\\$File/RAPPORT%20DE%20GESTION%202009\\_fr.pdf](http://www.avelems.ch/avelems/avelems.nsf/0/E9F981EE72744BABC12577500026BAA2/$File/RAPPORT%20DE%20GESTION%202009_fr.pdf)

pas suffisamment précis, soit revu et affiné. Dès janvier 2011, on divise les quatre degrés existants jusque-là pour en atteindre douze<sup>102</sup>.

### 2.3.5.3. À domicile : l'outil RAI-domicile Suisse

#### Un outil standard

Depuis 1996, l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile (ASSAD) recherche un outil standard<sup>103</sup> qui permette aux sept-cents services de soins à domicile établis dans toute la Suisse d'évaluer de manière uniforme les besoins en soins<sup>104</sup>. Pour répondre à la volonté des assureurs maladie (représentés par SantéSuisse) et celle de l'ASSAD, cet outil doit permettre :

- d'évaluer les besoins en soins à domicile de manière homogène
- d'assurer la plus totale transparence<sup>105</sup>
- de prendre en compte la spécificité suisse<sup>106</sup>.

#### Un outil adapté à l'environnement suisse

Possédant les propriétés désirées, c'est l'instrument RAI-Domicile qui est introduit dans l'ensemble des centres médico-sociaux suisses<sup>107</sup>. Cet outil est issu de RAI-Institution<sup>108</sup> qui a été conçu aux États-Unis en 1990<sup>109</sup>. Les initiales « RAI » signifient, en anglais, « *Resident Assessment Instrument* »<sup>110</sup>. En français, cela peut être traduit par « *méthode d'évaluation du résident* »<sup>111</sup>.

Les deux instruments - RAI-Institution et RAI-Domicile - sont structurés de la même manière et se rapportent à des notions semblables. Cependant, chacun prend en compte les spécificités induites par le contexte d'intervention auquel il s'intéresse, soit l'institution ou le domicile<sup>112</sup>. Pour correspondre aux circonstances suisses, le RAI-domicile a été retravaillé et a dès lors été dénommé le RAI-domicile suisse<sup>113</sup>. Il sert à mesurer les besoins, les ressources et les décisions des bénéficiaires quant aux soins à domicile à l'aide de différents questionnaires<sup>114</sup>.

## 2.4. Les prises en charge proposées en Valais

Notre Travail de Bachelor s'intéressera surtout à la prise en charge à domicile. Cependant, il semble intéressant de comprendre tout ce qui est proposé actuellement dans la région qui nous intéresse, soit en Valais romand. Plus tard, nous aurons peut-être l'occasion de mettre en avant d'autres alternatives selon ce qu'il est possible de créer ou de mieux valoriser.

<sup>102</sup> [www.vs.ch/Press/DS\\_3/CC-2010-11-11-17843/fr/annexe6\\_soins\\_longue\\_duree.pdf](http://www.vs.ch/Press/DS_3/CC-2010-11-11-17843/fr/annexe6_soins_longue_duree.pdf)

<sup>103</sup> [www.vs.ch/NavigData/DS\\_63/M16343/fr/ems\\_2005\\_rapport.pdf](http://www.vs.ch/NavigData/DS_63/M16343/fr/ems_2005_rapport.pdf)

<sup>104</sup> [www.rai.ch/products/hcf/RAI-dom\\_CH\\_docu\\_breve\\_180903.pdf](http://www.rai.ch/products/hcf/RAI-dom_CH_docu_breve_180903.pdf)

<sup>105</sup> [www.vs.ch/NavigData/DS\\_63/M16343/fr/ems\\_2005\\_rapport.pdf](http://www.vs.ch/NavigData/DS_63/M16343/fr/ems_2005_rapport.pdf)

<sup>106</sup> [www.rai.ch/products/hcf/RAI-dom\\_CH\\_docu\\_breve\\_180903.pdf](http://www.rai.ch/products/hcf/RAI-dom_CH_docu_breve_180903.pdf)

<sup>107</sup> Loc. cit.

<sup>108</sup> <http://infodoc.inserm.fr/serveur/vieil.nsf/d0bec936cd2093f3c125696d002d7bbf/363d5a3d624631c9c12569d5005abd7a?OpenDocument>

<sup>109</sup> Loc. cit.

<sup>110</sup> [www.erosinfo.com/Produits/Doc/Plaisir/DESCRIPTION\\_ANALYSE\\_Outils\\_RAI\\_RUGs\\_PLAISIR.pdf](http://www.erosinfo.com/Produits/Doc/Plaisir/DESCRIPTION_ANALYSE_Outils_RAI_RUGs_PLAISIR.pdf)

<sup>111</sup> [papidoc.chic-cm.fr/19raitextpresenta.pdf](http://papidoc.chic-cm.fr/19raitextpresenta.pdf)

<sup>112</sup> <http://infodoc.inserm.fr/serveur/vieil.nsf/d0bec936cd2093f3c125696d002d7bbf/363d5a3d624631c9c12569d5005abd7a?OpenDocument>

<sup>113</sup> [www.rai.ch/products/hcf/RAI-dom\\_CH\\_docu\\_breve\\_180903.pdf](http://www.rai.ch/products/hcf/RAI-dom_CH_docu_breve_180903.pdf)

<sup>114</sup> SAMITCA, Sanda et al. - **Évaluation du projet de l'OMSV : « Prévention des chutes et de la malnutrition chez les personnes âgées »**. - Lausanne : Institut de médecine sociale et préventive, Revue Raisons de santé 93, 2003, page 31

Comme nous l'avons constaté plus haut, les personnes âgées dépendantes ne constituent pas un groupe homogène et il existe donc nombre de modes de soutien qui leur sont proposés.

### 2.4.1. La politique de la vieillesse

Tout ce qui concerne la question de la prise en charge nous semble faire partie de la politique de la vieillesse. Afin de mieux cerner les enjeux de ce qui est proposé, nous nous intéresserons brièvement à la définition de cette politique publique ainsi qu'aux normes et aux valeurs qui la régissent en Suisse.

#### Une politique publique

Lorsque l'on parle de politique de la vieillesse, on fait appel à l'ensemble des décisions ainsi qu'à tout ce qui est mis en place concernant la population des personnes âgées, que ce soit en matière d'allocations, de notions sanitaires, sociales ou d'hébergement<sup>115</sup>. Il s'agit donc d'une politique publique, c'est-à-dire d'une réponse sociopolitique réfléchie apportée par les acteurs étatiques et privés à un problème reconnu comme social et comme facteur de diverses difficultés<sup>116</sup>.

#### La Suisse et le principe de subsidiarité

Par définition, l'État a souvent un rôle important à jouer en matière de politique publique<sup>117</sup>, prenant la plupart des décisions et ayant parfois une fonction exécutive en mettant en place certaines structures ou en soutenant des institutions pour ce faire.

La Suisse étant un État fédéral, lorsque l'on parle de telles dispositions, on s'intéresse autant à ce qui est mis en place par la Confédération qu'à ce qui est entrepris par les Cantons et les Communes. La politique de la vieillesse - comme de nombreuses politiques publiques d'ailleurs - est en effet régie par le principe de subsidiarité. Par là, on entend que chaque organe étatique est habilité à prendre certaines décisions. Dans ce cas, les autres organes n'interviennent qu'en cas de force majeure ou pour proposer une aide ou un accompagnement. Les Cantons et les Communes ont un rôle primordial à jouer pour la mise en place de soins et de réseaux d'assistance sur le terrain. Quant à la Confédération, elle établit tout ce qui concerne la prévoyance vieillesse.<sup>118</sup>

### 2.4.2. Les soins de longue durée

Dans le domaine de la vieillesse, il est courant de parler de soins de longue durée. En Suisse, les documents qui citent ce concept ne sont pas rares. Pourtant, une fois de plus, ceux-ci n'expliquent pas pour autant à quoi le vocable utilisé fait référence.<sup>119</sup>

En fait, les soins de longue durée comprennent tout ce qui est mis en place à un niveau autant sanitaire que social pour les personnes qui nécessitent un accompagnement régulier ou permanent dans la réalisation des activités de la vie quotidienne. Les soins de longue durée se distinguent donc du domaine hospitalier et de toutes les prises en charge médicales momentanées, même si ces dernières sont en lien avec la gériatrie et/ou la psychogériatrie. Les soins de longue durée sont réalisés par différents services rendus qui peuvent être garantis par les proches et/ou par des organes professionnels. Ces derniers

<sup>115</sup> BONNET, Magalie. - Op. cit., page 19

<sup>116</sup> [www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicoposso/show.cfm?id=598](http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicoposso/show.cfm?id=598)

<sup>117</sup> BONNET, Magalie. - Op. cit., page 19

<sup>118</sup> [www.bsv.admin.ch/themen/kinder\\_jugend\\_alter/00065/01093/index.html?lang=fr](http://www.bsv.admin.ch/themen/kinder_jugend_alter/00065/01093/index.html?lang=fr)

<sup>119</sup> [www.ssr-csa.ch/f/data/254/Microsoft\\_Word\\_-\\_QS-Lpfl\\_Bericht\\_fr\\_20070424.pdf](http://www.ssr-csa.ch/f/data/254/Microsoft_Word_-_QS-Lpfl_Bericht_fr_20070424.pdf)

interviennent autant à domicile qu'en institution<sup>120</sup>. Associer les soins de longue durée aux personnes âgées dépendantes nous ferait courir le danger d'imaginer ces dernières comme étant entrées dans un processus évolutif duquel elles ne pourraient sortir. Cependant, nous pensons que les modes d'accompagnement qui lui sont proposés se réfèrent souvent aux soins de longue durée. D'ailleurs l'OCDE fait remarquer que ces derniers concernent plus souvent les aînés<sup>121</sup>.

### 2.4.3. Les prises en charge sociales, hospitalières et médicales

Le Département valaisan de la santé, des affaires sociales et de l'énergie a détecté trois principaux modes de prises en charge de la personne âgée dite dépendante :

- sociale
- infirmière
- médicale

Ces trois formes de soutien peuvent être complémentaires.

#### 2.4.3.1. La prise en charge sociale

Comme son nom l'indique, la prise en charge sociale prend en compte l'aspect des loisirs et des relations sociales. Cet aspect est considérablement touché lorsqu'une personne souffre de dépendance. Par exemple, du fait de sa difficulté à se mouvoir, une personne ne peut plus aussi facilement aller à la rencontre de l'autre, ce qui a pour risque d'engendrer la solitude<sup>122</sup>. En règle générale, la prise en charge sociale est assurée par les institutions qui se chargent des personnes âgées dépendantes mais également par le tissu associatif et bénévole. En EMS par exemple, la prise en charge sociale vise à valoriser les liens sociaux à l'intérieur de l'institution et à en créer avec l'extérieur<sup>123</sup>. Quant à la prise en charge sociale à domicile, elle est constituée de diverses prestations qui vont d'amener les repas à domicile aux visites et en passant par le transport de personnes en situation de dépendance

#### 2.4.3.2. La prise en charge infirmière

Lorsque nous parlons de prise en charge infirmière, nous nous intéressons plus particulièrement aux soins fondamentaux. Cela concerne donc l'aide à la réalisation des tâches de la vie quotidienne comme le fait de pouvoir se laver, se déplacer ou se nourrir. Sous ordonnance médicale, ces soins peuvent également s'élargir aux soins de santé et à des prestations psychogériatriques.

Le travail de l'infirmier/-ère peut-être divisé en deux rôles :

- « Le rôle médico-délégué »: consiste en la délégation de tâches du médecin à l'infirmier/-ère comme par exemple :<sup>124</sup>
  - Prises de sang, administration de médicaments, pansements, analyses, mesure de la pression/tension etc.<sup>125</sup>

<sup>120</sup> HUBER, Manfred et al. - **Le projet de l'OCDE sur la santé : Les soins de longue durée pour les personnes âgées.** - Paris : Éditions OCDE (Organisation de coopération et de développement économique), 2005, page 20

<sup>121</sup> Ibid., page 10

<sup>122</sup> [www.vs.ch/Press/DS\\_3/PU-1999-02-06-1552/fr/concept\\_vs\\_etablissements\\_sociaux.pdf](http://www.vs.ch/Press/DS_3/PU-1999-02-06-1552/fr/concept_vs_etablissements_sociaux.pdf)

<sup>123</sup> [http://www.vs.ch/NavigData/DS\\_63/M16343/fr/ems\\_2005\\_rapport.pdf](http://www.vs.ch/NavigData/DS_63/M16343/fr/ems_2005_rapport.pdf)

<sup>124</sup> PERRAUDIN, Jérémie. - **L'évaluation de la douleur aiguë : le rôle infirmier et ses limites.** - Centre de Sion-Agasse : HES-SO Valais - Wallis, Domaine santé-social, filière en soins infirmiers, 2010, page 83

<sup>125</sup> Propos recueillis auprès d'un infirmier du Centre médico-social subrégional de Martigny

- « Le rôle propre »: lorsque l'infirmier/-ère n'a pas besoin d'une prescription médicale pour entreprendre des soins. Il/elle prend l'initiative de ses actes et la responsabilité lui en est incombée.<sup>126</sup>
  - Évaluation de la personne, de son environnement, (par exemple : prescription d'un déambulateur ou d'une planche pour la baignoire etc. )<sup>127</sup>

Dans bien des cas, il est difficile d'enfermer les activités des infirmier/-ères dans l'une de ces deux catégories.<sup>128</sup> Les infirmiers/-ères travaillent en étroite collaboration avec des assistants/-es en soins à qui elles peuvent déléguer des activités concernant surtout « *les soins et l'assistance dans la vie quotidienne et les actes médico-techniques* »<sup>129</sup>.

#### 2.4.3.3. La prise en charge médicale

Ici, nous parlons plus particulièrement des soins disposés par des médecins ou sommés par ces derniers.<sup>130</sup>

#### 2.4.4. Les alternatives formelles proposées en Valais

##### 2.4.4.1. Les services d'aide à domicile

Les besoins en soins à domicile sont essentiellement couverts par les centres médico-sociaux mais néanmoins complétés par les offres de structures privées et de professionnels/-les indépendants/-es<sup>131</sup>. Hormis les prestations d'aide à domicile en ce qui concerne les activités de la vie quotidienne, les soins et le ménage, les CMS ont pour mission :

- de déterminer rapidement les situations à risque
- d'accompagner les aidants informels
- de promouvoir la santé au travers de la prévention.<sup>132</sup>

##### 2.4.4.2. Les appartements protégés ou à encadrement médico-social

Les appartements protégés sont des appartements dont les soins infirmiers sont assurés par un organe tel que le Centre médico-social ou un professionnel de la santé<sup>133</sup>. Les CMS sont chargés de construire des habitations de ce type dans les zones géographiques qu'ils recouvrent. Ainsi, on nomme souvent ces logements **appartements à encadrement médico-social**.

#### La population-cible

Si certains d'entre eux offrent une présence vingt-quatre heures sur vingt-quatre, les appartements protégés sont généralement construits pour des personnes qui ne sont que modérément dépendantes à un tiers.

<sup>126</sup> PERRAUDIN, Jérémie. - Op. cit. - page 83

<sup>127</sup> Propos recueillis auprès d'un infirmier du Centre médico-social subrégional de Martigny

<sup>128</sup> PERRAUDIN, Jérémie. - Op. cit. - page 83

<sup>129</sup> <http://orientation.ch/dyn/1109.aspx?id=947>

<sup>130</sup> [www.vs.ch/Press/DS\\_3/PU-1999-02-06-1552/fr/concept\\_vs\\_etablissements\\_sociaux.pdf](http://www.vs.ch/Press/DS_3/PU-1999-02-06-1552/fr/concept_vs_etablissements_sociaux.pdf)

<sup>131</sup> [www.vs.ch/Press/DS\\_3/CP-2010-04-15-16960/fr/rapport1\\_fr.pdf](http://www.vs.ch/Press/DS_3/CP-2010-04-15-16960/fr/rapport1_fr.pdf)

<sup>132</sup> Ibid., page 8

<sup>133</sup> [www.vs.ch/Press/DS\\_3/PU-1999-02-06-1552/fr/concept\\_vs\\_etablissements\\_sociaux.pdf](http://www.vs.ch/Press/DS_3/PU-1999-02-06-1552/fr/concept_vs_etablissements_sociaux.pdf)



## La mission

La construction d'appartements de ce type est relative à une volonté d'offrir un travail en amont à la question sociale que pose le risque de dépendance des personnes âgées. Les appartements protégés ont donc pour principale fonction de proposer un contexte social et architectural favorable afin que les personnes qui y habitent puissent continuer à vivre le plus longtemps possible de manière autonome, voire de manière indépendante<sup>134</sup>. L'avantage de ces appartements est donc que chaque personne y habitant peut être autonome tout en étant encadrée et en pouvant bénéficier de la vie en communauté<sup>135</sup>. Selon les spécialistes, ces mesures ont pour conséquence de reculer l'institutionnalisation<sup>136</sup>.

## Le développement en Valais

La politique valaisanne en matière de vieillesse tend à favoriser le maintien à domicile et c'est pour cette raison que plusieurs appartements protégés ont été construits et développés en relation avec le Centre médico-social. Il en existe notamment à Sierre, à Sion, à Viège, à Brig, à Martigny et à Fully. Depuis 1998, on trouve en Valais des appartements de ce type appelés Domino<sup>137</sup>. Actuellement, il existe 12 appartements protégés pouvant accueillir 87 locataires en Valais. Quatre appartements intégrés se trouvent en Haut-Valais et peuvent accueillir 37 personnes tandis que 8 sont disposés en Bas-Valais et ont une capacité d'accueil de 50 locataires. Aussi, 9 appartements devront être construits ces prochaines années et pourront accueillir 46 habitants. Il existera alors suffisamment d'appartements et de studios pour permettre l'accueil de 133 personnes.

### 2.4.4.3. Les foyers de jour

#### Objectifs

Les foyers de jour sont, comme leurs noms l'indiquent, des institutions accueillant des personnes âgées uniquement durant la journée. Ils ont essentiellement pour but :

- d'empêcher le fait que des personnes âgées se retrouvent isolées en valorisant les relations sociales au travers d'activités en groupe ;
- de stimuler les facultés psychiques et physiques de la personne ;
- de veiller à ce que ces dernières préservent de bonnes habitudes sanitaires, notamment une alimentation saine et équilibrée<sup>138</sup> ;
- d'offrir une journée de repos aux proches qui soignent<sup>139</sup>.

Les foyers de jour permettent donc le maintien à domicile.

#### Distinction entre deux formes de structures de jour

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, on émet une distinction entre

- Les structures de soins de jour qui ont comme principale vocation de se charger de personnes âgées considérées comme dépendantes en proposant des soins ;

<sup>134</sup> [www.vs.ch/Press/DS\\_3/CP-2010-04-15-16960/fr/rapport1\\_fr.pdf](http://www.vs.ch/Press/DS_3/CP-2010-04-15-16960/fr/rapport1_fr.pdf)

<sup>135</sup> SAVIOZ, Christine. - **Bienvenue dans ma mosaïque**. - Le Nouvelliste, le 1<sup>er</sup> septembre 2007

<sup>136</sup> Canton du Valais. - Service de la santé publique. - **Rapport du Département des finances, des Institutions et de la santé : Planification des soins de longue durée**. - Op.cit., page 61

<sup>137</sup> [www.age3.ch/fileadmin/images/Hebdo\\_11.12.2008\\_DCarticle\\_Vieillesse\\_rester\\_chez\\_soi\\_c\\_est\\_possible\\_PSG\\_.pdf](http://www.age3.ch/fileadmin/images/Hebdo_11.12.2008_DCarticle_Vieillesse_rester_chez_soi_c_est_possible_PSG_.pdf)

<sup>138</sup> [www.vs.ch/Press/DS\\_3/PU-1999-02-06-1552/fr/concept\\_vs\\_etablissements\\_sociaux.pdf](http://www.vs.ch/Press/DS_3/PU-1999-02-06-1552/fr/concept_vs_etablissements_sociaux.pdf)

<sup>139</sup> [www.vs.ch/Press/DS\\_3/CP-2010-04-15-16960/fr/rapport1\\_fr.pdf](http://www.vs.ch/Press/DS_3/CP-2010-04-15-16960/fr/rapport1_fr.pdf)

- Les structures dorénavant appelées « centres de jour » et dont la mission est avant tout socioculturelle, ne proposant pas ou très peu de soins ou d'accompagnement dans les activités de la vie quotidienne.

Cette distinction n'est pas anodine puisque seules les structures correspondant à la description de la LAMal et offrant des soins peuvent profiter du nouveau type de subventionnement.<sup>140</sup>

### État des lieux

Aujourd'hui, la majorité des établissements médico-sociaux offrent des places d'accueil de jour<sup>141</sup>. Au total, il existe treize structures de ce type en Valais<sup>142</sup> dont cinq qui ne dépendent pas d'un établissement médico-social. Deux d'entre elles sont spécialisées dans l'accueil de personnes âgées présentant des troubles psychogériatriques et l'une d'elles n'est pas médicalisée, offrant uniquement des prestations de type social<sup>143</sup>. Dans notre canton, une centaine de places sont mises à disposition. Cependant, pour permettre une offre adaptée aux besoins, il s'agirait d'en proposer 280<sup>144</sup>.

#### 2.4.4.4. Les structures de soins de nuit

Ces structures devraient permettre aux proches de ne pas se soucier de leurs parents qui ont besoin de soins durant la nuit. Il n'existe pas d'hébergement de ce type en Valais alors que les spécialistes en recommandent le développement.<sup>145</sup>

#### 2.4.4.5. Les lits de court séjour en établissement médico-social

##### Objectifs

- Soulager les aidants informels ;
- Permettre un passage intermédiaire entre la période d'hospitalisation et le retour à domicile.

##### État des lieux

Par rapport aux autres cantons et à la moyenne internationale qui s'élève à 5.1 lits pour mille habitants, le Valais ne propose que très peu de lits de court séjour. Sa moyenne, toujours pour mille habitants, est de 1.5 lits. Pourtant, selon des calculs qui sont fonction de récentes prévisions démographiques, il s'agirait d'en mettre en place 83 pour 2015 alors qu'il en existait seulement 21 en mars 2010.

#### 2.4.4.6. Les établissements médico-sociaux pour personnes âgées

Les établissements médico-sociaux assurent la prise en charge socio-hôtelière et infirmière et offrent une surveillance médicale aux résidents/-es qui y vivent. Ces derniers sont donc généralement dépendants dans le sens où ils ont besoin d'aide pour effectuer des tâches de

<sup>140</sup> Loc. cit.

<sup>141</sup> [www.avalems.ch/avalems/avalems.nsf/0/1188F793FDF927F4C1257671002FE041/\\$File/Rapport%20commission%20psychog%C3%A9riatrie.pdf](http://www.avalems.ch/avalems/avalems.nsf/0/1188F793FDF927F4C1257671002FE041/$File/Rapport%20commission%20psychog%C3%A9riatrie.pdf)

<sup>142</sup> [www.vs.ch/Press/DS\\_3/CC-2010-11-11-17843/fr/annexe6\\_soins\\_longue\\_duree.pdf](http://www.vs.ch/Press/DS_3/CC-2010-11-11-17843/fr/annexe6_soins_longue_duree.pdf)

<sup>143</sup> [www.avalems.ch/avalems/avalems.nsf/0/1188F793FDF927F4C1257671002FE041/\\$File/Rapport%20commission%20psychog%C3%A9riatrie.pdf](http://www.avalems.ch/avalems/avalems.nsf/0/1188F793FDF927F4C1257671002FE041/$File/Rapport%20commission%20psychog%C3%A9riatrie.pdf)

<sup>144</sup> [www.vs.ch/Press/DS\\_3/CP-2010-04-15-16960/fr/rapport1\\_fr.pdf](http://www.vs.ch/Press/DS_3/CP-2010-04-15-16960/fr/rapport1_fr.pdf)

<sup>145</sup> Loc. cit.



la vie quotidienne<sup>146</sup>. Il y a 28 établissements médico-sociaux en Bas-Valais et 43 dans tout notre Canton<sup>147</sup>.

En 2008, selon les relevés démographiques, il s'agissait de prévoir environ 200 lits pour 1000 habitants/-es de 80 ans et plus. Ce calcul prévoit une offre plus modérée en lits de longue durée que celles prévue en 2005. Il s'agira donc de valoriser d'autant plus les mesures permettant le maintien à domicile.<sup>148</sup>

## 2.4.5. Des prises en charge en lien avec le degré de dépendance

Les types de prestations expliquées ne s'excluent pas les unes des autres. Elles sont choisies selon les besoins de la personne et les ressources dont elle dispose au niveau familial et social.<sup>149</sup>

Selon un document rédigé par le médecin cantonal, ses collègues du service de santé publique et une gériatre, la dépendance évolue souvent vers plus de dépendance et la manière de prendre en charge une personne âgée est fonction de cette évolution. La prise en charge s'appuie tout d'abord sur les réseaux informels représentés par les proches. Ensuite, elle glisse gentiment vers le tissu associatif, pour terminer par être assurée par des institutions formelles. Si les besoins en soins augmentent, la personne touchée et sa famille devront se tourner vers des méthodes de prises en charge dites « de longue durée ».<sup>150</sup>

## 2.5. L'intervention à domicile

### 2.5.1. Un bref historique

#### 2.5.1.1. Des familles aux structures formelles et l'inverse

##### La famille traditionnelle

En parlant de la France, Bernard Ennuyer fait remarquer qu'il existait une forme de maintien à domicile bien avant que des lois et d'autres mesures ne prennent l'aspect d'une politique publique en tant que telle. Jadis, dans la société traditionnelle et même pendant la révolution industrielle, il est vrai que les proches s'occupaient généralement des personnes âgées dépendantes, leur permettant ainsi de rester chez elles<sup>151</sup>. Il faut cependant savoir que l'alternative de l'institutionnalisation est proposée depuis fort longtemps<sup>152</sup>.

##### Les transformations du siècle passé

Au cours du XX<sup>e</sup> siècle, de grandes transformations sociales ont lieu, notamment en ce qui concerne l'institution familiale. D'une part, le couple se voit de plus en plus souvent dans l'obligation de quitter la maison familiale et parfois son village pour trouver un emploi qui lui permette de survivre. Contrairement à l'époque, les femmes se doivent également de travailler pour alimenter le budget familial. Ainsi, elles ne peuvent plus – ou différemment –

<sup>146</sup> [www.vs.ch/Press/DS\\_3/PU-1999-02-06-1552/fr/concept\\_vs\\_etablissements\\_sociaux.pdf](http://www.vs.ch/Press/DS_3/PU-1999-02-06-1552/fr/concept_vs_etablissements_sociaux.pdf)

<sup>147</sup> [www.avalems.ch/avalems/avalems.nsf/0/1188F793FDF927F4C1257671002FE041/\\$File/Rapport%20commission%20psychoq%C3%A9riatrie.pdf](http://www.avalems.ch/avalems/avalems.nsf/0/1188F793FDF927F4C1257671002FE041/$File/Rapport%20commission%20psychoq%C3%A9riatrie.pdf)

<sup>148</sup> Loc. cit.

<sup>149</sup> [www.vs.ch/Press/DS\\_3/CC-2010-11-11-17843/fr/annexe6\\_soins\\_longue\\_duree.pdf](http://www.vs.ch/Press/DS_3/CC-2010-11-11-17843/fr/annexe6_soins_longue_duree.pdf)

<sup>150</sup> Loc. cit.

<sup>151</sup> ENNUYER, Bernard. - **Repenser le maintien à domicile : Enjeux, acteurs, organisation**. - Paris : Éditions Dunod, 2006, page 48

<sup>152</sup> Ibid., page 47

assumer la place qu'elles tenaient auparavant auprès des plus anciens. Souvent, elles ne peuvent plus les prendre en charge jusqu'à leur décès. De plus, les citoyens sont généralement passés d'une grande maison à un appartement devenant de plus en plus petit au fil des années et ne permettant pas l'accueil de leurs parents.<sup>153</sup>

### L'intervention de la famille et son influence sur le développement des structures formelles

Même si beaucoup d'auteurs/-es ont admis ce postulat comme étant exact, il semble exagéré d'affirmer que, durant le XX<sup>e</sup> siècle, l'idéologie capitaliste a complètement aboli les processus de solidarité collective au profit du dogme de l'individu dans tout ce qu'il y a de plus égoïste. La façon dont s'organise la société s'est certes modifiée mais les membres des familles ont gardé la volonté d'entretenir des liens de solidarité. Par exemple, ils tentent de rester au plus près les uns des autres sur le plan géographique<sup>154</sup>. Pourtant, c'est bien sur l'hypothèse que les membres d'une même famille ont considérablement réduit leurs manifestations de solidarités réciproques que s'est fondé, au départ, l'argument principal justifiant cette volonté de professionnaliser les modes de prise en charge à domicile<sup>155</sup>. Dès les années septante, les familles étaient considérées comme ne proposant plus suffisamment d'aide aux yeux de l'État. Ce dernier décide donc de se charger de l'assistance des personnes âgées à domicile<sup>156</sup>.

Cependant, cette volonté étatique ne s'est pas concrétisée, du moins en France. Avec les années septante arrivent des conditions économiques difficiles qui engendrent des façons de penser et de faire paradoxales : les acteurs/-trices de l'économie et de la santé s'entendent pour dire qu'il faut mettre en place des mesures permettant aux personnes retraitées de conserver le plus longtemps possible leur autonomie et leur domicile. Pourtant, dans le même temps, ils relèvent la difficulté d'établir une politique de maintien à domicile lorsqu'une personne a besoin de soins qui ne peuvent plus être donnés par un simple médecin de famille. Dès lors, l'institutionnalisation serait obligatoire.<sup>157</sup>

Durant les années nonante, on commence à douter de plus en plus de l'efficacité de l'État-Providence. Notamment pour les conséquences financières que la politique d'assistanat aurait pu avoir, on commence à émettre des doutes sur l'ingérence de l'État dans les affaires privées et familiales. D'ailleurs, on s'intéresse à nouveau et de plus en plus à ces transmissions de services gratuits à l'intérieur des familles qui sont dorénavant perçues comme étant avantageuses d'un point de vue économique.<sup>158</sup>

#### 2.5.1.2. Développement en Suisse

Cependant, en Suisse, on s'entend pour dire que le maintien à domicile n'a jamais vraiment connu un développement spectaculaire. Malgré un nouvel article de loi LAVS introduit en 1979 qui laissait envisager l'essor des services d'aide à domicile, on remarque paradoxalement une augmentation significative des établissements médico-sociaux de 1979 à 1990 mais pas de développement outre mesure de projets permettant le maintien à domicile<sup>159</sup>. Cette évolution nous paraît être l'effet d'une situation semblable à celle que la France a vécue : les difficultés économiques grandissantes ont peut-être pesé plus lourd dans la balance que la volonté d'améliorer la qualité des personnes âgées et des citoyens/-nes en général. Nous savons en effet que l'État social s'est maintenu plus

<sup>153</sup> VERCAUTEREN, Richard et al. - **Un projet de vie pour le maintien à domicile des personnes âgées.** -

Ramonville Saint-Agne : Éditions Éres, Collection Pratiques du champ social, 1998, pages 16, 17

<sup>154</sup> BONNET, Magalie. - Op. cit., pages 32, 33

<sup>155</sup> Ibid., page 24

<sup>156</sup> Ibid., page 32

<sup>157</sup> ENNUYER, Bernard. - **Repenser le maintien à domicile : Enjeux, acteurs, organisation.** - Op. cit., page 58

<sup>158</sup> Ibid., page 32

<sup>159</sup> [www.cours-politique-sociale.ch/fr/sante3maintiendom.doc--13469/](http://www.cours-politique-sociale.ch/fr/sante3maintiendom.doc--13469/)

longtemps en Suisse que dans les autres nations européennes<sup>160</sup> et c'est ce qui nous fait émettre l'hypothèse que cette politique d'assistanat teintée de discours paradoxaux est arrivée plus tard dans notre pays.

Depuis 1990, on observe un faible développement de ces modes de prise en charge alternatifs. Ce développement est toutefois inégal et est relatif à ce qui est mis en place dans chaque région<sup>161</sup>. Une politique globale en ce qui concerne ces dernières commence juste à émerger. Jusqu'à maintenant, chaque canton et/ou commune adoptaient leur propre stratégie en la matière<sup>162</sup>.

Alors que le maintien à domicile est reconnu comme étant une alternative de qualité à de nombreux niveaux, pourquoi, encore aujourd'hui, a-t-il une telle difficulté à prendre une plus grande place en Suisse ? Jean-Pierre Fragnière explique cet état de fait au travers de nombreux éléments dont nous expliciterons ici seulement ceux qui nous semblent les plus intéressants pour notre travail.

### Une conscientisation quasi inexistante

Pour la plupart des acteurs/-trices de la santé, tout ce qui est possible de faire en matière de maintien à domicile a déjà été mis en place. Jean-Pierre Fragnière estime cependant que la vision du maintien à domicile de ces derniers/-ères est déficitaire et ne prend pas en compte toutes les possibilités qui peuvent être offertes par cette alternative. Pour lui, ce mode de prise en charge ne se résume pas à l'accompagnement dans les activités de la vie quotidienne de quelques personnes âgées qui ne sont que faiblement touchées par la dépendance. Il s'agirait plutôt d'un concept qui parcourrait de nombreux domaines comme ce qui est relatif au socioculturel, à la démographie et à l'économie et pas uniquement au domaine de la santé fonctionnelle.

### L'avis des Caisses-maladie

Les Caisses-maladie ne voient pas pourquoi elles investiraient dans le maintien à domicile qu'elles considèrent comme une manière de produire de nouveaux besoins plutôt que comme une façon de remplacer d'autres manières de faire.<sup>163</sup>

### Un marché de la santé trop chargé

Lorsque de nouvelles perspectives sont envisagées par un quelconque acteur/-trice social/e, ce sont tout d'abord les systèmes déjà mis en place et fonctionnant bien qui sont appelés pour passer à l'action. Or, ceux-ci veulent évidemment que ce qui existe fonctionne bien et évitent de courir le danger de proposer des alternatives qui pourraient nuire à cela.<sup>164</sup>

## 2.5.1.3. Développement en Valais

La recherche qui est publiée sous le livre « *Les années fragiles* » s'est appuyée sur les régions de Genève et du Valais central pour parvenir à tirer quelques conclusions en ce qui concerne la vie au-delà de quatre-vingts ans.

<sup>160</sup> [www.hls-dhs-dss.ch/textes/f/F9932.php](http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/f/F9932.php)

<sup>161</sup> [www.cours-politique-sociale.ch/fr/sante3maintiendom.doc--13469/](http://www.cours-politique-sociale.ch/fr/sante3maintiendom.doc--13469/)

<sup>162</sup> Loc. cit.

<sup>163</sup> Loc. cit.

<sup>164</sup> Loc. cit.

## Avant 1960

En comparaison à Genève, le Valais s'est soucié bien plus tard des difficultés liées à la vieillesse comme problème social. Les auteurs émettent l'hypothèse que cela est dû à plusieurs facteurs. D'une part, les Valaisans seraient un peu plus jeunes que la population genevoise. De plus, les membres de la famille sont plus nombreux et restent plus proches les uns des autres. Jusque-là également, le fait de prendre en charge les membres de sa propre famille et de faire preuve de charité chrétienne est culturellement accepté. D'ailleurs, les logements et autres pensions existantes à cette époque sont dirigées par des communautés religieuses.

## Les années soixante à huitante

Cependant, dans les années soixante, on remarque que le nombre de personnes âgées augmente et qu'il n'y a pourtant pas suffisamment de structures appropriées qui permettent de les accompagner. Le Département valaisan de la santé décide dès lors d'organiser rationnellement les besoins et les réponses à apporter en faveur de ce qui devient petit à petit un réel problème collectif<sup>165</sup>. Le Canton et les Communes octroient notamment une somme d'argent qui permet la construction des premiers Centres médico-sociaux régionaux<sup>166</sup>.

En 1980, la priorité est donnée à la construction ou à l'amélioration d'institutions hospitalières et d'hébergement qui deviennent dès lors médicalisées.

## Les années nonante

Dès la fin des années huitante, la crise frappe. L'aide fédérale et cantonale commence à nettement diminuer et la politique sanitaire doit s'adapter. Dans les années nonante, on se dirige vers d'autres formes d'accompagnement de la personne âgée, centralisant notamment les centres médico-sociaux<sup>167</sup> qui se privatisent.

En 1996, les CMS s'organisent de mieux en mieux. Par exemple, ils se centralisent en six centres régionaux qui ont la capacité de collaborer avec des Centres médico-sociaux locaux. Suite à cela, le Département et les CMS régionaux signent des contrats de prestations qui sont conformes aux volontés de la LAMal.

C'est également durant cette période que d'autres prestataires de soins privés comme l'Association François Xavier Bagnoud ou Kinderspitex Oberwallis se voient incorporés dans le paysage sanitaire valaisan.<sup>168</sup>

## 2.5.2. Des enjeux généraux

### 2.5.2.1. L'intervention ou l'intrusion ?

Si l'on se réfère aux définitions, il n'est même pas lieu de se poser la question. Le mot intervenir renvoie à une connotation d'ingérence et est étroitement liée à l'idée de s'immiscer quelque part.

<sup>165</sup> LALIVE D'ÉPINAY, Christian. - **Les années fragiles : La vie au-delà de quatre-vingts ans.** -

Québec : Les Presses de l'Université de Laval, août 2008, pages 235, 236

<sup>166</sup> [www.vs.ch/NavigData/DS\\_63/M16343/fr/ems\\_2005\\_rapport.pdf](http://www.vs.ch/NavigData/DS_63/M16343/fr/ems_2005_rapport.pdf)

<sup>167</sup> LALIVE D'ÉPINAY, Christian. - Op.cit., pages 235, 236

<sup>168</sup> [www.vs.ch/NavigData/DS\\_63/M16343/fr/ems\\_2005\\_rapport.pdf](http://www.vs.ch/NavigData/DS_63/M16343/fr/ems_2005_rapport.pdf)

En outre, bien que cela soit souvent réfuté, le domicile de celui chez qui les acteurs/-trices s'insèrent renvoie à leur imaginaire et à leurs émotions. En entrant chez quelqu'un, on entre dans son quotidien et par là, dans sa vie.

De plus, bien que certaines personnes connaissent et semblent assumer pleinement leurs problèmes à exécuter certaines activités en faisant elles-mêmes les démarches pour obtenir de l'aide, elles éprouvent de la difficulté à accepter qu'une personne entre chez elles. Cette intervention à domicile est synonyme d'une perte de maîtrise sur certaines activités quotidiennes. On ne se sent plus « maître » de chez soi.

D'autre part, l'intervention d'un/e professionnel/le sert généralement à émettre une appréciation, un jugement sur les difficultés vécues par une personne mais également, bien souvent, sur sa manière de tenir son logement. Ici, selon Bernard Ennuyer, on serait bien dans le domaine de l'ingérence.

Pour terminer, cette subite intervention marque la limite entre l'avant, c'est-à-dire l'époque où la personne pouvait encore subvenir elle-même à ses besoins et l'après, soit le moment depuis lequel une personne doit recevoir de l'aide pour parvenir à suffire à ses nécessités.<sup>169</sup>

#### 2.5.2.2. Les manières de réagir

Les personnes qui voient un/e professionnel/le agir à domicile agissent de différentes manières. Elles peuvent :

- laisser le/la professionnel/le se charger de tout et ne plus rien faire (syndrome de glissement) ;
- collaborer avec elle de façon active et parvenir à garder un minimum d'intimité, en laissant la personne intervenir pour certains éléments mais pas pour d'autres ;
- repousser cette idée d'intervention à laquelle elle n'a pas été en mesure de se soustraire, par exemple, en interdisant totalement l'accès à certaines zones du domicile.<sup>170</sup>

#### 2.5.3. En Suisse et en Valais

##### 2.5.3.1. Une volonté politique

La politique valaisanne en matière de soutien à la personne âgée dépendante vise à favoriser l'accompagnement à domicile tant que l'état de dépendance le permet.<sup>171</sup>

##### 2.5.3.2. L'avis des personnes concernées

Une recherche québécoise relève l'importance du maintien à domicile aux yeux des différents/-es acteurs/-trices qui sont concernés/-es par la dépendance. Celui-ci est même perçu comme étant un agent révélateur du bien-être des personnes âgées<sup>172</sup> qui sont d'ailleurs, en Suisse, plus de la moitié à préférer ce mode de prise en charge à une autre forme d'accompagnement.

<sup>169</sup> ENNUYER, Bernard. - **Repenser le maintien à domicile : Enjeux, acteurs, organisation.** - Op.cit., pages 36, 37

<sup>170</sup> Loc. cit.

<sup>171</sup> [www.vs.ch/Press/DS\\_3/CP-2010-04-15-16960/fr/rapport1\\_fr.pdf](http://www.vs.ch/Press/DS_3/CP-2010-04-15-16960/fr/rapport1_fr.pdf)

<sup>172</sup> PAQUET, Mario. - **Vivre une expérience de soins à domicile.** - Québec : Les Presses de l'Université de Laval, 2003, page 55

### 2.5.3.3. Les avantages financiers

Faire en sorte que les personnes restent le plus longtemps à domicile est avantageux d'un point de vue économique puisque c'est souvent les membres de la famille et d'autres proches qui accompagnent la personne touchée par une quelconque forme de dépendance. Dans la plupart des situations, c'est souvent l'épouse qui assume ce rôle.<sup>173</sup>

### 2.5.3.4. Penser aux aidants informels

Si l'on désire continuer de valoriser cet accompagnement informel, il semble important de prendre garde au fait que les proches qui accompagnent les personnes âgées dépendantes sont de plus en plus âgés/-es et vivent des situations de fragilité souvent dues à des problèmes de santé qui sont relatifs aux fonctions assumées dans le cadre de l'accompagnement d'un proche. C'est souvent lorsque les personnes qui endossent ce rôle d'aidant naturel atteignent un état d'épuisement qu'ils ne peuvent plus supporter seuls que l'institutionnalisation devient inévitable et souvent mal acceptée par l'ensemble des personnes qui en sont concernées.<sup>174</sup>

## 2.6. Vers un état des lieux : perspective statistique

Selon le dictionnaire suisse de politique sociale, les statistiques permettent de rendre compte de la situation actuelle d'une population-cible particulière<sup>175</sup>. Il nous semble pertinent de nous intéresser à ce qui a été mesuré tout en sachant, cependant, que cela ne suffit pas à comprendre une problématique dans sa globalité. Il s'agit donc d'observer plusieurs rapports rendant compte de statistiques et de ne pas se fixer sur quelques chiffres, cela tout en faisant preuve d'un certain esprit critique.

### 2.6.1. Les moyens permettant de mesurer la dépendance

Ici, nous nous intéresserons principalement aux données rendues par l'Office fédéral des statistiques et aux commentaires et critiques qui concernent ces derniers. Les chiffres abordés concernent plus particulièrement la région du Valais.

#### 2.6.1.1. Le calcul du taux de personnes âgées dépendantes

En Suisse, le taux de personnes âgées dépendantes est mesuré de la manière suivante : il s'agit de considérer combien il y a de personnes âgées de plus de 65 ans sur cent résidents actifs, c'est-à-dire qui ont entre 20 ans et 64 ans (dans un pays ou un canton)<sup>176</sup>. Est-ce que ce calcul dénombre avec exactitude la proportion de personnes âgées dépendantes ?

Nous sommes pourtant d'avis que **tous** les individus qui ont soixante-cinq ans et plus ne sont pas atteints de troubles engendrant la dépendance. Qu'en pensent les scientifiques qui ont commenté ces rapports ou de grandes organisations se chargeant de la vieillesse ? Il nous paraît important de prendre en compte le nombre de personnes dépendantes en fonction des âges ainsi qu'en fonction de différentes variables.<sup>177</sup>

<sup>173</sup> [www.vs.ch/Press/DS\\_3/CP-2010-04-15-16960/fr/rapport1\\_fr.pdf](http://www.vs.ch/Press/DS_3/CP-2010-04-15-16960/fr/rapport1_fr.pdf)

<sup>174</sup> Loc.cit.

<sup>175</sup> GIROD, Roger et al. - **Dictionnaire suisse de politique sociale**. - Lausanne : Éditions Réalités sociales, 2002, page 300

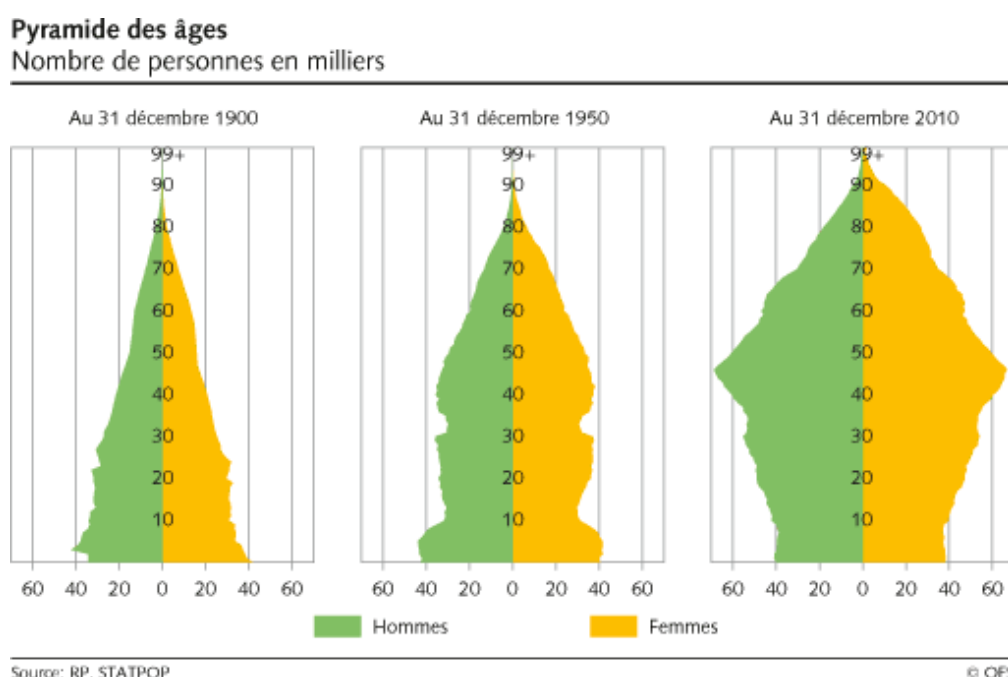
<sup>176</sup> [www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/02/blank/key/alter/gesamt.htm](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/02/blank/key/alter/gesamt.htm).

<sup>177</sup> GIROD, Roger et al. - **Vieillesse de la population**. - Op.cit., page 329



### 2.6.1.2. La dépendance et le vieillissement de la population

Pourquoi la plupart des auteurs font un lien direct entre le taux de dépendance des personnes âgées et le vieillissement de la population ? Tout d'abord, qu'est-ce que le vieillissement de la population ? Il s'agit de l'accroissement du nombre de citoyens âgés (à partir de soixante-cinq ans) vivant dans une région déterminée. Ces dernières années, nombre de statisticiens ont repéré une modification considérable de la « structure d'âges » ou de la pyramide des âges.<sup>178</sup>



**Schéma 1 :**

[http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/02/blank/key/alter/nach\\_geschlecht.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/02/blank/key/alter/nach_geschlecht.html)

Cette augmentation est généralement attribuée à deux phénomènes:

- la nette régression du nombre de naissances au fil des années
- l'allongement de l'espérance de vie<sup>179</sup>: de 1880 à 1980, les hommes ont vu leur espérance de vie s'accroître de 46.0 ans à 81.6 ans et les femmes de 49.9 ans à 87.2 ans<sup>180</sup>.

### 2.6.1.3. Le seuil d'âge à considérer

En s'intéressant à la notion de fragilité, nous avons vu que l'âge n'est pas un critère adéquat pour parler de la vieillesse et de la dépendance.

La plupart des recherches portant sur l'étude de la démographie en faisant appel à des notions statistiques retiennent cependant l'âge pour décrire les caractéristiques de la

<sup>178</sup> Loc. cit.

<sup>179</sup> [www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/05/publikationsdatenbank.html?publicationID=2674](http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/05/publikationsdatenbank.html?publicationID=2674)

<sup>180</sup> LALIVE D'ÉPINAY, Christian. - Op. cit., page 10

population des personnes âgées. Se rapporter à cet indicateur comporte divers avantages dont les plus manifestes sont la simplicité et l'universalité.<sup>181</sup>

Souvent, les personnes sont qualifiées d'âgées lorsqu'elles ont soixante ou soixante-cinq ans. L'image sociale que nous avons de la retraite, la considérant comme étant un passage déterminant, n'est pas anodine dans l'établissement de cette limite<sup>182</sup>. Par la suite, du fait de l'accroissement de la longévité et de la modification de notre regard qui perçoit aujourd'hui les personnes âgées de 65 à 79 ans en meilleure santé que leurs aînés, les âges ont été divisés. En réalité, il est vrai que les personnes qui sont âgées de plus de 80 ans voient leurs problèmes de santé et donc leurs risques de dépendance considérablement augmenter par rapport aux individus plus jeunes<sup>183</sup>. En Suisse, en règle générale, les personnes âgées ont leur propre ménage et sont indépendantes jusqu'à environ quatre-vingts ans<sup>184</sup>.

Si l'on désire faire un lien entre la dépendance et la donnée de l'âge pour comprendre les statistiques, il paraît plus adéquat de prendre en considération la limite d'âge dès 80 ans. Bien sûr, il est mieux de garder à l'esprit que la dépendance n'est pas une caractéristique spécifique à la personne très âgée.<sup>185</sup>

## 2.6.2. Influence du niveau socio-économique

Les études suisses démontrent que le niveau socio-économique a une influence sur la fragilité des personnes âgées.<sup>186</sup>

Certaines études démontrent que le taux de personnes âgées qui voient leur proportion du nombre d'activités diminuer est important et se développe au fur et à mesure que la personne vieillit<sup>187</sup>.

## 2.6.3. Autres obstacles à la conservation de l'indépendance

Une bonne condition physique et psychique n'est pas l'unique cause qui permet à un individu de conserver son indépendance. Par exemple, les personnes âgées n'ont pas forcément appris à utiliser les différents outils de télécommunication qui nous permettent aujourd'hui de garder des contacts, certes parfois impersonnels, avec nombre de nos proches.<sup>188</sup>

## 2.6.4. Les personnes âgées en Valais

### 2.6.4.1. Une population en augmentation

Selon l'Observatoire valaisan de la santé, 38'210 personnes ayant entre 65 et 79 ans vivaient en Valais en 2009. Ces dernières représentaient donc le 12,4% de la population totale qui s'élève à 307'392 individus. Quant aux personnes âgées de plus de 80 ans, elles étaient au nombre de 13'435 et représentaient le 4,4% de la population. Le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans s'élève donc à 51'645. Depuis 1900, la proportion de

<sup>181</sup> GUILLAUME, Jean-François. - **Parcours de vie : regards croisés sur la construction des biographies**. - Liège : Les Éditions de l'Université de Liège, 2005, page 712

<sup>182</sup> ABALLEA, François et al. - **Handicaps, incapacités, dépendance**. - Revue française des Affaires sociales, n° 1-2 janvier-juin 2003, 57<sup>e</sup> année. - Paris : la Documentation française, 2003, page 7

<sup>183</sup> GUILLAUME, Jean-François. - **Parcours de vie : regards croisés sur la construction des biographies**. - Op. cit., page 79

<sup>184</sup> LUISIER, Géraldine et al. - **Autonomie, participation, qualité de vie – des objectifs qui valent aussi pour la politique de la vieillesse**. - Revue Sécurité sociale, OFAS, n° 1, janvier 2008, page 6

<sup>185</sup> GUILLAUME, Jean-François. - **Parcours de vie : regards croisés sur la construction des biographies**. - Op. cit., page 79

<sup>186</sup> ARMI, Franca et al. - **La fragilité dans le grand âge, définition et impact sur les échanges de services**. -

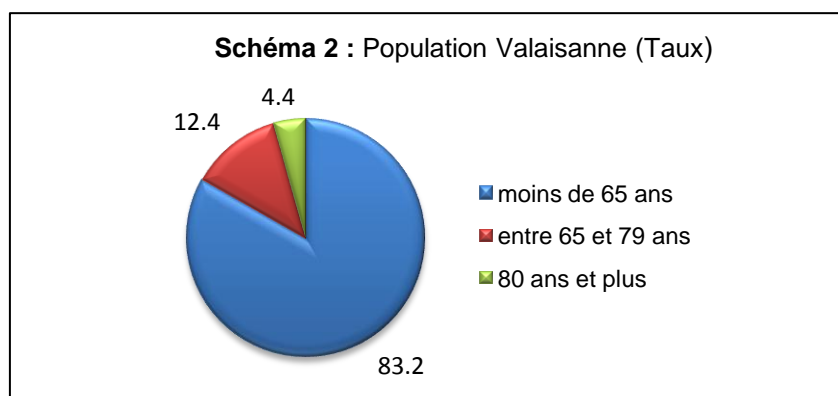
Op. cit., page 53

<sup>187</sup> Loc. cit.

<sup>188</sup> LUISIER, Géraldine et al. - Op.cit., page 6



personnes âgées de 65 à 79 ans a plus que doublé tandis que le taux représentant la catégorie des plus âgés s'est multiplié par six.<sup>189</sup>



#### 2.6.4.2. La nuance amenée par l'espérance de vie sans incapacité

Au vue des statistiques, le Valais et la Suisse ne se distinguent pas des autres pays qualifiés de « sociétés industrielles ». À l'instar de ces derniers, le taux de personnes âgées y a clairement augmenté.<sup>190</sup>

Cependant et nous l'avons observé à plusieurs reprises, la dépendance fonctionnelle n'est qu'un risque lié vieillissement. D'ailleurs, la notion d'espérance de vie sans incapacité tend à nuancer notre manière fataliste et tragique d'interpréter la perspective démographique du vieillissement. Lorsque l'on parle d'espérance de vie sans incapacité, on considère le nombre d'années que la personne vit en étant en bonne santé, c'est-à-dire sans être dépendante à un tiers<sup>191</sup>. Les enquêtes démontrent que l'espérance de vie en santé a clairement augmenté durant ces dernières décennies<sup>192</sup>. Du reste, la moyenne nationale suisse s'élève aujourd'hui à 72,5 ans et pousse notre pays au deuxième rang mondial en la matière<sup>193</sup>. Le fait que les individus aient besoin plus tard d'être accompagnés dans la réalisation des activités de la vie quotidienne a pour signification que l'évolution croissante des besoins en soins est plus mesurée que ce que l'on pourrait croire<sup>194</sup>.

#### 2.6.4.3. Le nombre de personnes âgées qualifiées de dépendantes en Valais

En mars 2010, un document cantonal rappelait l'étude de Höpfinger et al. qui évalue le nombre de personnes âgées dépendantes de la manière suivante :

Tranche d'âge	Taux approximatif des personnes âgées dépendantes
65 ans et plus	entre 10 et 11.5 %
De 65 à 79 ans	moins de 10%
De 80 à 84 ans	au moins 20%
85 ans et plus	plus de 33%

<sup>189</sup> [www.ovs.ch/sante/scenario-devolution-population.html](http://www.ovs.ch/sante/scenario-devolution-population.html)

<sup>190</sup> LALIVE D'ÉPINAY, Christian. - Op. cit., page 11

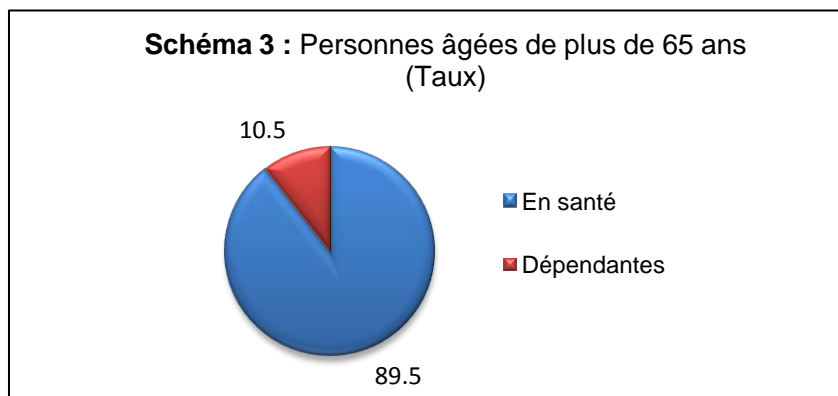
<sup>191</sup> GIROD, Roger et al. - Op. cit., page 127

<sup>192</sup> LUISIER, Géraldine et al. - Op.cit., page 6

<sup>193</sup> LALIVE D'ÉPINAY, Christian. - Op. cit., page 10

<sup>194</sup> [www.seco.admin.ch/dokumentation/publikation/02640/02642/index.html](http://www.seco.admin.ch/dokumentation/publikation/02640/02642/index.html)

Cela signifierait qu'en 2008, en Valais, le nombre de personnes âgées ayant besoin de soins s'élève entre 5000 et 7000.<sup>195</sup>



Prenons également en compte les concepts de fragilité dont nous avons parlé plus haut. En Suisse, les statistiques estiment que le taux de personnes âgées fragiles s'élève entre 10 à 20% et que celui-ci s'accroît avec leur vieillissement. 46% des personnes de plus de 85 ans sont considérées comme étant fragiles.<sup>196</sup>

#### 2.6.4.4. Les pathologies démentielles

Les maladies de type Alzheimer constituent un important facteur de la dépendance fonctionnelle des personnes âgées. Actuellement, un tiers de la population des plus de 80 ans est touchée par ces maladies qualifiées de démentielles. Si l'on se réfère aux chiffres vus plus hauts, cela signifierait que ce type de problématiques concernerait en tous cas 1.5% de la population valaisanne. En outre, plus de la moitié des personnes étant prises en charge sur une longue durée sont atteintes de ce type de problèmes.<sup>197</sup>

#### 2.6.5. Les modes de prise en charge en chiffres

D'après nos recherches, nous remarquons que ce sont surtout le recours aux soins à domicile et l'institutionnalisation des personnes âgées de plus de soixante-cinq ans qui ont été mesurés.

##### 2.6.5.1. La prise en charge à domicile

En 2002, entre 9,0% et 10,9% des personnes âgées valaisannes de 65 à 79 ans faisaient appel aux services d'aide à domicile. Quant aux personnes ayant quatre-vingts ans et plus, elles étaient entre 29,0% et 34,0% à disposer de ce type de soins. En 2010, la situation est semblable. La proportion de personnes âgées de plus de 65 ans qui ont recours à l'aide à domicile est juste supérieure à la moyenne suisse. Par comparaison, cette moyenne est plus élevée que celle des cantons alémaniques, mais franchement inférieure aux cantons de Vaud et de Genève. Ces derniers offrent moins de lits en EMS que le Valais. Quant au canton du Jura, s'il dispose d'autant de lits de soins de longue durée qu'en Valais, il valorise

<sup>195</sup> [www.vs.ch/Press/DS\\_3/CP-2010-04-15-16960/fr/rapport1\\_fr.pdf](http://www.vs.ch/Press/DS_3/CP-2010-04-15-16960/fr/rapport1_fr.pdf)

<sup>196</sup> TRIVALLE, Christophe. - **Le syndrome de fragilité en gériatrie**. - Revue Médecine et Hygiène, Revue n° 2323, 22 novembre 2000

<sup>197</sup> Loc. cit.

pourtant davantage l'intervention à domicile<sup>198</sup>. Le Valais est un canton relativement jeune et dont les soins à domicile sont requis.

### Quantité d'heures

Bien que les personnes valaisannes de plus de 65 ans qui ont droit aux prestations à domicile soient nombreuses, elles se voient octroyer un peu moins d'heures de soins par année en comparaison de la moyenne nationale<sup>199</sup>. Ce phénomène est cohérent par rapport à ce qui est observé dans l'ensemble du pays : en général, dans un canton, lorsque beaucoup d'individus se voient proposer une aide à domicile, ces mêmes personnes bénéficient de moins d'heures de prestations que les habitants/-es des cantons qui interviennent moins à domicile<sup>200</sup>.

#### 2.6.5.2. Aide ménagère

Par contre, les personnes valaisannes de plus de 65 ans disposent davantage d'heures d'aide ménagère que leurs contemporains du même pays.<sup>201</sup>

#### 2.6.5.3. L'institutionnalisation

Quant à l'institutionnalisation des personnes de plus de 65 ans en établissement médico-social, elle est relativement faible en Valais en comparaison des autres cantons. Dix-sept personnes qui ont entre 65 ans et 79 ans sur mille habitants de la même tranche d'âge sont institutionnalisées. Quant aux citoyens de plus de 80 ans, ils sont plus de 180 personnes à vivre en institution. La politique valaisanne en la matière a pour but de permettre à chacun/e de rester le plus longtemps possible à domicile pour autant qu'il/elle le désire et que les complications associées au vieillissement le permettent.<sup>202</sup> Cela dit, la plupart des résidents/-es qui doivent être placés dans des EMS « [...] *présentent des pathologies de plus en plus sévères. Cet élément se traduit directement dans l'évolution à la hausse des BESA 3 et 4* »<sup>203</sup>.

#### 2.6.5.5. Aspects subjectifs de la vieillesse

« *La vieillesse n'est pas simplement un phénomène démographique mais également un processus individuel* »<sup>204</sup>. Chaque individu évolue de façon particulière, propre à lui-même. Plusieurs causes font que les personnes âgées ne peuvent être considérées en un groupe homogène : « *Des facteurs socio-économiques tels que le niveau de formation ou le revenu continuent d'exercer une influence certaine durant la vieillesse. Les personnes âgées ne constituent pas un groupe homogène* ».<sup>205</sup>

#### 2.6.5.4. Pour conclure

Pour résumer, le Valais est un Canton qui est jeune, c'est-à-dire que le taux de personnes âgées de plus de 65 ans parmi la totalité de la population est inférieur à la moyenne nationale. Par contre, le nombre de personnes ayant recours aux soins à domicile est supérieur à la moyenne nationale, tandis que le nombre de personnes institutionnalisées en EMS est inférieur à cette même moyenne. En général, on constate que « [...] *dans les*

<sup>198</sup> [www.vs.ch/Press/DS\\_3/CP-2010-04-15-16960/fr/rapport1\\_fr.pdf](http://www.vs.ch/Press/DS_3/CP-2010-04-15-16960/fr/rapport1_fr.pdf)

<sup>199</sup> [www.finanzegleich.ch/m/mandanten/185/download/Politique\\_valaisanne\\_pers\\_handicapees.pdf](http://www.finanzegleich.ch/m/mandanten/185/download/Politique_valaisanne_pers_handicapees.pdf)

<sup>200</sup> [www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/05/02.html?publicationID=2752](http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/05/02.html?publicationID=2752) page

<sup>201</sup> [www.finanzegleich.ch/m/mandanten/185/download/Politique\\_valaisanne\\_pers\\_handicapees.pdf](http://www.finanzegleich.ch/m/mandanten/185/download/Politique_valaisanne_pers_handicapees.pdf)

<sup>202</sup> Loc. cit.

<sup>203</sup> [http://www.vs.ch/NavigData/DS\\_63/M16343/fr/ems\\_2005\\_rapport.pdf](http://www.vs.ch/NavigData/DS_63/M16343/fr/ems_2005_rapport.pdf)

<sup>204</sup> Loc. cit.

<sup>205</sup> Loc. cit.

*cantons où le recours aux soins à domicile est plus intense, le placement en EMS est relativement plus faible ».*<sup>206</sup>

Il semble cependant pertinent d'ajouter qu'en Suisse, on relève des différences notables quant à la manière qu'ont les Cantons de faire appel aux modes de prises en charge proposés.<sup>207</sup>

Lors de la construction de notre objet de recherche, nous avons repris des chiffres donnés par le journal bas-valaisan Le Nouvelliste. Suite à nos recherches, nous avons pu remarquer que les statistiques démontrent que la situation des personnes âgées dépendantes en Suisse n'est pas catastrophique comme semblait l'illustrer le Nouvelliste, et beaucoup d'auteurs s'entendent pour signifier qu'elle est même globalement positive. Les personnes âgées dépendantes ne représentent qu'un tiers des personnes âgées de 65 ans et plus.

Cela dit, si l'on se réfère à cet article ainsi qu'aux aspects abordés dans ce chapitre, nous constatons de quelle façon la vieillesse va évoluer durant les prochaines années. En outre, nous pouvons remarquer que les buts vers lesquels tend le Canton du Valais sont avant tout de favoriser le maintien à domicile et ainsi de retarder le placement en institution.

---

<sup>206</sup> Loc. cit.

<sup>207</sup> <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/05/02.html?publicationID=2752>

## 3. DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

*« On ne peut se passer d'une méthode pour se mettre en quête de la vérité des choses. »*

*René Descartes*

Nous ne pourrions pas observer toutes les institutions, associations et professionnels/-les prenant en charge des personnes âgées dépendantes ou qui entretiennent une relation avec ces dernières. Il s'agit donc d'effectuer un choix selon des critères géographiques et socioprofessionnels.

Ici, il est donc question de présenter le terrain que nous exploiterons afin d'effectuer nos recherches, l'échantillon retenu ainsi que les moyens que nous utiliserons pour ce faire. Ensuite, nous argumenterons les raisons de nos choix.

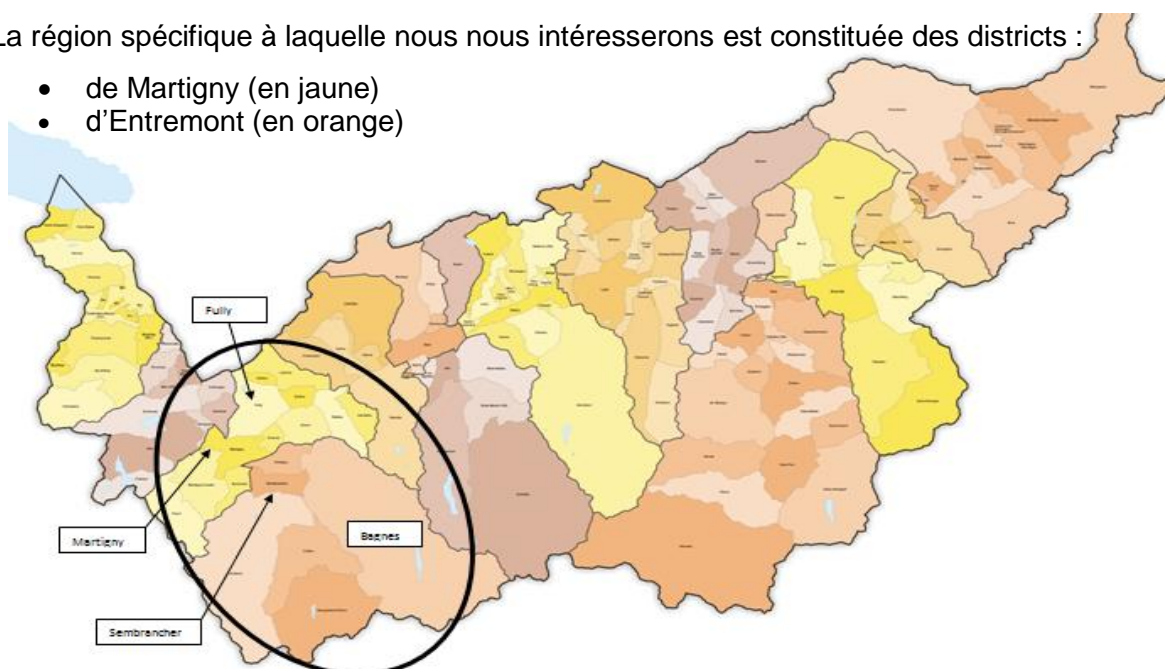
### 3.1. Le terrain de recherche

#### 3.1.2. La sphère territoriale concernée

Nous nous rapporterons principalement à la région du Bas-Valais car nous y avons grandi et nous y vivons. En outre, si cela est possible, nous souhaitons développer, après avoir terminé notre formation, un projet visant à intervenir auprès de la personne âgée à domicile. Cela est une question d'actualité car comme nous l'avons vu plus haut, le nombre de personnes âgées croît d'année en année.

La région spécifique à laquelle nous nous intéresserons est constituée des districts :

- de Martigny (en jaune)
- d'Entremont (en orange)



**Figure 3 :**

[http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/3/34/Karte\\_Gemeinden\\_des\\_Kantons\\_Wallis\\_farbig\\_2011.png](http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/3/34/Karte_Gemeinden_des_Kantons_Wallis_farbig_2011.png)

Le contexte socioculturel et politique de cette région est relatif à celui du Valais romand. Nous l'avons vu, la politique de la vieillesse de ce dernier n'est pas forcément semblable à celui des autres régions suisses.

Nous ne serons peut-être pas en mesure de nous entretenir avec des personnes provenant de l'ensemble de cette région mais nous estimons qu'elles devront toutes habiter, travailler ou bien connaître un district ou une commune faisant partie de la sphère territoriale susmentionnée.

## 3.2. L'échantillon prévu

### 3.2.1. Des interventions différentes pour une même problématique

Pour faire une analyse intéressante, nous avons choisi de ne pas nous référer à des institutions mais d'axer notre recherche autour de personnes qui possèderaient des propriétés spécifiques en lien avec :

#### Le champ de la vieillesse et de la dépendance

- Des professionnels/-les qui travaillent dans le champ de la vieillesse, qui l'étudient ou qui exercent une fonction politique en lien avec celui-ci ;

Par champ de la vieillesse, nous entendons tout ce qui concerne les personnes qui ont plus de 65 ans. Sachant qu'elle est arbitraire du fait que chacun/e vit la vieillesse de manière particulière, cette limite d'âge a, dans le présent travail, pour unique but de faciliter notre recherche.

#### Les soins de longue durée

- Des professionnel/les qui travaillent en soins de longue durée, au sens où nous l'entendons dans la partie théorique ;

Nous ne pensons pas utile de prendre en compte le domaine hospitalier, un collègue animateur socioculturel ayant produit un Travail de fin d'études portant sur l'animation socioculturelle en milieu hospitalier<sup>208</sup>. Cependant, nous pensons utile, si cela ressort dans les entretiens, de démontrer quels sont les types de partenariats engagés entre une prise en charge régulière et un soutien momentané.

#### Le maintien à domicile

- des personnes susceptibles d'intervenir ou intervenant à domicile ;
- et/ou qui peuvent avoir une influence sur les décisions prises à propos de l'intervention à domicile ;
- et/ou qui connaissent particulièrement bien le champ du maintien à domicile ;
- et/ou qui travaillent dans une structure que l'on associe à l'aide à domicile de par les offres qu'elle propose (foyer de jour, centre de jour, etc.).

#### Des interventions différentes

- des personnes qui viennent d'horizons professionnels et qui ont des statuts sociaux différents.

<sup>208</sup> TROILLET, Pierre. - **L'animation en milieu hospitalier : quelle valorisation**. - Sierre : HES-SO Valais - Wallis, Domaine santé-social, filière travail social, octobre 2009



## 3.2.2. Profils professionnels recherchés

### 3.2.2.1. Des infirmiers/-ères intervenant à domicile

Selon notre vision d'animatrices socioculturelles, nous pensons que les infirmier/-ères perçoivent de manière divergente à la nôtre les personnes âgées dépendantes, se préoccupant avant tout des problèmes de santé et des activités fonctionnelles. Que pensent-ils/-elles de tout ce qui concerne les aspects relationnels et socioculturels ?

Nous aimerions donc rencontrer au moins un/e infirmier/-ère qui :

- aura terminé sa formation depuis plus d'une année
- travaille à un taux d'activité d'au moins 50%
- exerce sa fonction auprès de personnes âgées vivant à domicile.

### 3.2.2.2. Un/e ou des politicien/ne/s

Selon nous, l'avis d'un/e politicien/ne est important. En effet, ce/cette dernier/-ère peut avoir une certaine influence sur les décisions qui sont prises. Nous sommes conscientes du fait que nous allons prendre en compte l'avis d'un/e seul/e politicien/ne alors que nous vivons dans un état fédéral. Les changements qui sont induits dans ce dernier sont donc le produit d'une multitude d'enjeux ne pouvant être l'effet d'un seul protagoniste. De plus, celui-ci/celle-ci a un avis souvent singulier qui ne peut être généralisé à l'ensemble de ses congénères. Dans notre analyse, il semble important de garder cet élément en conscience.

Nous aimerions donc interroger au moins un/e politicien/ne qui :

- exerce son mandat dans un organe étatique tel que le Canton ou la Commune
- est confrontée à la question de la vieillesse de par son mandat

### 3.2.2.3. Des directeurs/-trices d'institutions ou d'associations

Il paraîtrait intéressant de questionner des directeurs/-trices d'institutions ou d'associations qui pourront nous expliquer la manière selon laquelle ils interviennent à domicile. Ils nous semblent en effet garants du projet institutionnel ou associatif adopté tout en se devant de connaître les politiques de la vieillesse plus générales. Prendre en compte ces deux aspects qui nous semblent parfois contradictoires ne doit pas être chose aisée et c'est pourquoi leurs avis nous paraissent bien démontrer quels sont les enjeux qui se cachent derrière les alternatives proposées.

Les directeurs/-trices d'institutions ou d'associations avec lesquels/-les nous aimerions nous entretenir se devront de :

- diriger un centre médico-social ou une structure étroitement en lien avec la prise en charge à domicile.

### 3.2.2.4. Des animateurs/-trices socioculturels/-les

Les animateurs/-trices socioculturels/-les nous semblent les personnes les plus à même de parler de leur profession et de la manière dont ils/elles se positionnent par rapport aux personnes âgées dépendantes qui vivent à domicile. De plus, la plupart sont certainement

en contact avec d'autres professionnels/-les des soins ou du travail social et pourront ainsi démontrer quelles sont leurs fonctions respectives.

Nous aimerions nous entretenir avec au moins deux animateur/-trices socioculturel/les qui se devront :

- d'occuper un poste d'animateur/-trice socioculturel/le à un taux d'activité d'au moins 50%
- d'avoir terminé leur formation ou d'être en cours d'emploi depuis plus d'une année
- de travailler dans le milieu de la gériatrie ou de la psychogériatrie à domicile
- d'être intéressés/-es par la thématique abordée.

Nous n'intégrerons pas à notre recherche les personnes ayant des fonctions d'animation mais qui n'ont pas suivi une formation tertiaire et cela même si elles sont en possession d'un diplôme attestant de leurs capacités d'animateurs/-trices. Cela ne signifie en aucun cas que nous ne reconnaissons pas leurs aptitudes. Nous pensons cependant qu'ils/elles n'ont pas le même positionnement professionnel que les animateurs/-trices socioculturels/-les.

### 3.3. Méthodes de récolte

#### 3.3.1. L'approche qualitative

Comme nous l'avons fait remarquer plus haut, il a existé et il existe encore plusieurs perspectives qui tendent à expliquer la dépendance chez des personnes adultes d'un âge avancé. Nous avons surtout repéré la perspective biomédicale ainsi que l'aspect médico-social. Si la première tente de rendre compréhensible le phénomène de la dépendance au travers d'une interprétation linéaire, l'autre prend en compte le contexte dans lequel s'insère l'objet de recherche. La recherche qualitative prend en compte l'humain comme un individu collectif et c'est celle que nous avons choisie, estimant que dans le cadre de notre travail de mémoire et du fait de notre formation, nous devrions prendre en compte l'environnement socioculturel des personnes interrogées.

Ici, il nous semble nécessaire d'approfondir notre connaissance de la méthode qualitative, méthode que nous allons adopter, afin de déterminer quels seront ses avantages et ses inconvénients lors de la construction de notre Travail de Bachelor.

La principale différence de l'approche qualitative par rapport aux approches traditionnelles est qu'elle prend en compte les aspects subjectifs de l'objet de recherche, c'est-à-dire les valeurs individuelles et sociales<sup>209</sup>. En effet, comme nombre de chercheurs et chercheuses l'ont démontré, il est impossible d'éliminer les aspects subjectifs étant donné que le simple fait de poser le regard sur une situation engendre un processus d'interprétation<sup>210</sup>. Il nous paraît donc dangereux de ne pas prendre en compte le contexte dans lequel s'insère notre objet de recherche et c'est pourquoi la méthode qualitative nous semble plus adaptée que la méthode dite « quantitative ». De plus, il s'agit de rappeler que nous ne pouvons considérer le monde comme étant externe à la personne qui observe. La méthode qualitative postule que la compréhension d'un phénomène se construit dans la relation qui unit le chercheur ou la chercheuse et l'objet de recherche.<sup>211</sup>

<sup>209</sup> POUPART, Jean et al. - **Les critères de scientificité des méthodes qualitatives**. - Québec : Éditions Gaëtan Morin, 1997, page 365

<sup>210</sup> SAINT-CYR, Denise et al. - **Réalité, subjectivité et crédibilité en recherche qualitative : quelques questionnements**. - Revue Recherches qualitatives, Vol. 20, 1999, page 114

<sup>211</sup> SAINT-CYR, Denise et al. - Op. cit., page 117

### 3.3.2. L'entretien comme moyen de recueillir des informations

Afin d'obtenir de plus amples informations sur la réalité professionnelle des animateurs/-trices socioculturels/-les en gériatrie et psychogériatrie, nous avons trouvé pertinent d'engager des entretiens. Nous avons choisi cette méthode de récolte des données du fait de la comparaison que nous avons effectuée entre les différentes méthodes. L'entretien nous permettra d'obtenir des informations par rapport aux différentes façons qu'ont les animateurs/-trices socioculturels/-les d'appréhender leur métier. Cela ne nous paraît pas forcément transmissible au travers de l'observation de situations concrètes, puisqu'il s'agit d'éléments subjectifs concernant chaque professionnel/le. Quant aux questionnaires, ils ne nous semblent pas prendre suffisamment en compte tout ce qui n'est pas spécifiquement demandé dans le formulaire. En effet, l'entretien nous permettrait d'apprendre d'autres éléments apportés par les personnes interrogées et d'élargir notre champ de vision, d'enrichir nos connaissances et ainsi notre Travail de Bachelor.

#### 3.3.2.1. Objectifs des entretiens

Afin que nos entretiens aient du sens et soient utiles, il s'agit de spécifier clairement ce que nous voulons savoir au travers d'objectifs clairs.

- Interroger les actions des animateurs/-trices socioculturels/-les lors de l'exercice de leur profession auprès de personnes adultes d'un âge avancé souffrant ou qui risquent d'être atteintes par divers troubles engendrant la dépendance.
- Découvrir les limites d'actions des animateurs/-trices socioculturels/-les lors de l'exercice de leur profession auprès de personnes âgées vivant la dépendance.
- Repérer de quelle manière se situent les animateurs/-trices socioculturels/-les par rapport à la prévention de la dépendance chez les personnes adultes d'un âge avancé.
- Découvrir quels sont les différents rôles que peuvent adopter les animateurs/-trices socioculturels/-les selon qu'ils travaillent dans différentes formes de prises en charge de la personne âgée dépendante.

#### 3.3.2.2. Le type d'entretien semi-directif

Lorsque nous argumentons notre choix de méthodes de recueil des informations, nous parlons de donner le plus possible la parole à nos interlocuteurs et interlocutrices afin d'obtenir de plus amples informations sur notre objet de recherche et les sujets qui y sont associés. Pour cette raison, nous pensons intéressant d'utiliser le type d'entretien semi-directif. Si nous n'avons pas choisi l'entretien qui n'utilise aucune prise de directivité, c'est que nous aimerions travailler sur un thème particulier. Il nous paraît donc important de laisser les personnes interrogées libres de leurs paroles mais selon le sujet autour duquel nous proposons de discuter. En utilisant le mode d'entretien semi-directif, nous disposerons donc d'un guide d'entretien qui nous permettra de cadrer la discussion.<sup>212</sup>

#### 3.3.3. D'un point de vue éthique

Afin de réaliser notre investigation en prenant également en compte les aspects éthiques, nous avons décidé de faire reposer nos méthodes sur quelques principes. D'une part, nous respecterons les critères de protection et de l'exactitude des données et de la confidentialité. Les personnes que nous avons choisi d'interroger ne sont pas des personnes que l'on peut considérer comme vulnérables étant donné qu'il s'agira de professionnels et professionnelles de l'animation socioculturelle, de la santé ou de politiciens/-nes. Ils pourront donc répondre

<sup>212</sup> Ibid., page 117

en toute liberté à notre lettre leur demandant de participer à notre recherche. Cette dernière formulera le type de relations que nous engagerons avec celles et ceux qui répondront positivement.

### 3.3.4. Risques de la démarche méthodologique adoptée

#### 3.3.4.1. L'échantillon prévu

Les professionnels/-les de l'animation que nous avons choisi d'interroger ne sont certainement pas très nombreux en Valais. En effet, l'animation socioculturelle est récente, particulièrement en Valais, et spécifiquement en gériatrie et psychogériatrie. On s'entend pour dire qu'elle est encore en pleine voie de professionnalisation surtout en ce qui concerne l'intervention à domicile. Nous pensons donc que les animateurs/-trices socioculturels/-les ayant obtenu un Bachelor of Arts en travail social ne sont pas nombreux. De plus, ils/elles se devront de bien vouloir accepter de répondre à nos différentes questions.

#### 3.3.4.2. La conception subjective de la réalité

Il s'agit de comprendre que chacun cherche à donner du sens à ce qu'il perçoit et cela selon ses valeurs mais également selon le cadre de référence théorique auquel il se réfère. Nous pouvons par exemple nous inspirer de recherches effectuées au préalable et cela pourrait influencer notre façon de comprendre la problématique, ce qui peut donc engendrer une retranscription des informations partiellement biaisée<sup>213</sup>. Puisque nous ne nous appuyons pas sur des chiffres mais bien sur des informations données par des tiers, il s'agit de réaliser notre recherche de façon très rigoureuse, en pensant chaque outil et en le construisant de manière adaptée. De plus, plutôt que de penser pouvoir être complètement objectives, nous trouvons utile de démontrer quel est notre avis par rapport au sujet abordé au début de chaque chapitre. Nous pourrions par exemple formuler des hypothèses faisant remarquer qu'elles sont dénuées de toute scientificité.

---

<sup>213</sup> SAINT-CYR, Denise et al. - Op. cit., page 117

## 4. ANALYSE DES DONNÉES

---

*« Là où tout est neutre, hermétique, évasif, on ne peut qu'observer. Mais en tirer des conclusions, c'est une toute autre question. »*

*Paul Auster*

### 4.1. En préambule

#### 4.1.1. La forme de la grille d'entretien

La grille d'entretien est séparée en trois parties :

- les indicateurs
- les questions amorces
- les sous-questions ou questions de relances qui permettent d'obtenir, si besoin, plus de précisions.

Ces parties découlent de différents points que nous souhaitons soulever, en lien avec les hypothèses établies au début du travail. Nous avons classé ces questions en différentes dimensions et sous-thèmes.

- le profil des personnes interrogées
- leurs représentations de la dépendance et du métier de l'animation socioculturelle
- les interventions professionnelles auprès des personnes âgées dépendantes
  - les modes de prise en charge connus
  - leurs méthodes d'intervention
  - les difficultés d'intervention
  - les complémentarités de leur travail avec celui de l'animateur/-trice socioculturel/le

Afin d'apporter un regard professionnel à notre travail de recherche, il nous a semblé pertinent de rencontrer des personnes « du terrain » autour d'entretiens semi-directifs. Nous avons choisi ce type d'entretiens car il permet l'appréhension qualitative d'une problématique. De plus, il a pour fonction de cadrer la discussion sans l'enfermer dans des thèmes préalablement définis. Au contraire, les entretiens compréhensifs s'ouvrent bien souvent sur des pistes auxquelles nous n'avions pas pensé<sup>214</sup>.

#### 4.1.2. Déroulement des entretiens

Afin d'éviter de biaiser le contenu des informations, chacun des entretiens a été enregistré sur un dictaphone et retranscrit dans sa totalité. Nous avons rencontré la plupart des personnes interrogées sur leurs lieux de travail ou chez elles. Seul un entretien a été réalisé dans un lieu public. Les rencontres étaient de durée variable, fluctuant entre vingt minutes (le

---

<sup>214</sup> KAUFMAN, Jean-Claude. - **L'entretien compréhensif**. - Paris : Editions Armand Colin, 2008, page 16

plus court) et une heure vingt (le plus long). À la fin de chaque entrevue, alors que nous avons éteint l'appareil, nous récoltions les ressentis des intéressées par rapport au déroulement de l'entretien. Nous avons également pris en compte le discours post-entretien.

### 4.1.3. La forme de la grille d'analyse

Notre grille d'analyse<sup>215</sup> reprend les hypothèses que nous avons disposées sur la première ligne de notre tableau. Quant à la première colonne, nous y avons introduit les noms des personnes avec lesquelles nous nous sommes entretenues. Cette manière de procéder nous a permis de reprendre le contenu récolté lors de nos rencontres et a facilité les mises en perspectives servant à l'analyse.

### 4.1.4. Profil des personnes interrogées

#### 4.1.4.1. Des entretiens avec sept femmes

Nous nous sommes entretenues avec sept personnes d'horizons professionnels différents. Ces dernières nous ont apporté leurs opinions et leurs connaissances sur la thématique choisie et les questions qui en découlaient.

Indépendamment de notre volonté, seules des femmes nous ont finalement donné leurs avis. Nous avons contacté plusieurs hommes susceptibles de correspondre aux profils que nous recherchions. Cependant, ces derniers - deux directeurs d'institution et d'association - n'avaient guère de temps à nous accorder. Ils nous ont donc aiguillées vers leurs collègues féminines responsables d'un service leur semblant en lien avec ce qui nous intéressait.

#### 4.1.4.2. Présentation

Dans le but de mieux cerner l'analyse, il semble important de présenter brièvement les professionnelles interrogées. Par souci de confidentialité, nous leur attribuerons des pseudonymes.

#### **Marianne<sup>216</sup>**

Marianne a tout d'abord été infirmière dans différents services notamment la médecine, les soins palliatifs, puis en soins à domicile. Elle a ensuite entrepris des études en sociologie qui ont abouti à l'obtention d'un doctorat. Marianne a également une formation en politique sociale et en thanatologie. La thanatologie est une science qui « [...] s'intéresse à la mort au travers de diverses perspectives, mettant en lien plusieurs domaines scientifiques et leurs connaissances particulières »<sup>217</sup>. Depuis plusieurs années, elle enseigne dans une Haute Ecole et réalise de nombreuses recherches dans les domaines du social et de la santé. En tant que chercheuse, son premier mandat a porté sur un programme de gérontologie. Cela fait une dizaine d'années qu'elle s'intéresse à la population de la personne âgée. Elle possède de grandes connaissances dans ce milieu et sur la société en général. Son regard de sociologue nous a permis de nous positionner professionnellement et nous démontre les débouchés possibles à l'heure actuelle. De par ses multiples formations, elle nous paraît être en mesure de détecter les besoins des différents groupes sociaux auxquels elle s'intéresse.

<sup>215</sup> Voir Annexe H

<sup>216</sup> Entretien 1

<sup>217</sup> [www.mort-thanatologie-france.com/thanatologie.html](http://www.mort-thanatologie-france.com/thanatologie.html)



**Myriam<sup>218</sup>**

Myriam est à la fois infirmière et conseillère municipale (dicastère social) dans un village de la vallée d'Entremont. D'abord spécialisée en oncologie, elle a ensuite travaillé dans divers secteurs comme la médecine, la chirurgie générale et l'orthopédie, entre autres dans les hôpitaux du Valais. Aujourd'hui, elle est infirmière de liaison dans une grande entreprise proposant notamment des soins à domicile. Elle y assure la coordination entre l'hôpital et les sorties. Bien qu'elle n'ait pas de spécialisation en gériatrie, elle a collaboré de façon régulière avec des personnes âgées en milieu hospitalier. En outre, elle côtoie les aînés dans le cadre de son mandat de conseillère et surtout dans l'exécution de son nouveau poste professionnel. Il nous a semblé important de questionner Myriam qui possède cette double casquette. Nous aurons ainsi l'occasion d'entendre autant l'avis de la professionnelle de la santé que de la politicienne qui, quelquefois, sont contradictoires.

**Mylène<sup>219</sup>**

Mylène est animatrice socioculturelle et œuvre pour l'action socioculturelle d'un village. Elle travaille avec la jeunesse et les aînés. Avant d'occuper ce poste, elle a exercé pendant plusieurs années dans un EMS. Par conséquent, elle connaît bien le milieu de la personne âgée. Sur son terrain d'action actuel, elle prend connaissance des besoins des citoyens d'un âge avancé, notamment grâce à différents acteurs de la communauté villageoise. Par exemple, elle collabore activement avec l'animateur de l'EMS communal ainsi qu'avec un réseau de bénévoles qui intervient directement à domicile.

**Marie<sup>220</sup>**

Marie a tout d'abord effectué une formation d'aide-soignante et a travaillé pour le secteur d'aide à domicile de Genève. Il y a de cela une dizaine d'années, elle a obtenu son diplôme d'animatrice socioculturelle. Elle travaille actuellement au sein d'une fondation valaisanne qui a pour but d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées, leur indépendance ainsi que de prendre en compte leurs intérêts.<sup>221</sup> Le rôle de Marie au sein de cette association est de proposer diverses activités aux personnes en âge AVS ainsi que de gérer et de former environ trois cent moniteurs. Elle est en possession d'un brevet fédéral dans la formation d'adultes et d'un certificat en politique sociale. Sa posture rend bien compte du travail réalisé par un/e animateur/trice socioculturel/le avec des bénévoles qu'elle considère comme des intermédiaires. Pour elle, il est avant tout question de proposer des activités et du bien être social aux personnes retraitées. La population à laquelle elle s'intéresse est composée quasiment dans sa totalité de personnes n'ayant pas besoin d'aide dans les activités de la vie quotidienne.

**Manuella<sup>222</sup>**

Manuella est médecin gériatre. Elle est spécialisée en médecine interne et s'est particulièrement intéressée aux problèmes de démences de la personne âgée. Actuellement, elle occupe différents postes, notamment dans les cantons de Vaud et du Valais. Elle effectue des consultations de gériatrie à la demande des médecins de famille soit à domicile, soit en EMS. De plus, elle gère un projet portant sur la mise en place d'une « *consultation mémoire interdisciplinaire* »<sup>223</sup> dans un centre hospitalier. Dans le passé, Manuella a également été médecin-responsable d'un EMS. Le fait d'avoir le regard d'une personne

---

<sup>218</sup> Entretien 2

<sup>219</sup> Entretien 3

<sup>220</sup> Entretien 4

<sup>221</sup> Entretien 4

<sup>222</sup> Entretien 5

<sup>223</sup> Entretien 5

travaillant essentiellement dans le domaine médical et qui intervient régulièrement auprès des personnes du troisième âge vivant encore chez elle nous a permis de percevoir sa vision du métier de l'animation ainsi que son positionnement par rapport à l'intervention d'un/e animateur/-trice socioculturel/le à domicile.

### **Michelle<sup>224</sup>**

Michelle est infirmière de métier. Elle a exercé sa profession dans divers hôpitaux de Suisse où elle a essentiellement travaillé dans le service des soins intensifs. Durant cinq ans, elle a enseigné les soins infirmiers pour finalement devenir coordinatrice-responsable du maintien à domicile d'un CMS. Tout en ayant beaucoup de travail administratif, elle garde un pied dans les soins à domicile en les prodiguant de manière très régulière. Cet entretien a avant tout permis de se rendre compte de la visibilité de l'animateur/-trice socioculturel/le en foyers de jour et en EMS. De par son statut professionnel, son avis à propos de l'animation socioculturelle à domicile nous semble d'autant plus important.

### **Mélissa<sup>225</sup>**

Mélissa souhaitait devenir infirmière. Pour ce faire, elle a suivi une école de commerce et a obtenu son diplôme. Après avoir réussi ses examens d'entrée, ses proches ont rencontré des problèmes de santé et elle a donc décidé de s'occuper d'eux avant d'entreprendre la formation. N'ayant plus le courage de retourner sur les bancs d'école, elle a exercé dans un EMS où elle travaillait essentiellement les nuits. En parallèle, elle a effectué une formation auprès de la population vieillissante tout en abordant des approches de soins réflexologiques. La problématique des maladies de type Alzheimer l'ayant interpellée et beaucoup intéressée, elle s'est rendue à Paris pour effectuer une formation sur la méthode de validation inventée par Naomi Feil. Cette dernière permet de développer une communication verbale et non-verbale avec les personnes âgées atteintes de démences de type Alzheimer. Selon cette approche, on tente de leur faire comprendre que ce qu'elles ressentent est juste pour elles. Afin de mieux la comprendre, Mélissa l'explique ainsi : « [...] *valider est donc synonyme de reconnaître les émotions et les sentiments d'une personne. Ce mode de communication engendre un sentiment de confiance et de sécurité* »<sup>226</sup>. Aujourd'hui, Mélissa est directrice du centre de jour qu'elle a elle-même fondé et qui accueille des personnes souffrant de diverses démences.

#### **4.1.4.3. Les remarques préalables à l'analyse**

On peut observer que sur sept professionnelles présentées, deux d'entre elles sont animatrices socioculturelles HES et deux autres infirmières.

En ce qui concerne les animatrices, on peut clairement remarquer la diversité des postes occupés et les statuts de ces dernières. Si Mylène côtoie régulièrement les aînés, Marie, elle, n'est quasiment pas en lien avec ces derniers qui ont contact avec les moniteurs que l'animatrice coach. Elles sont tout de même toutes les deux peu confrontées à des personnes âgées dépendantes. En répondant cependant aux demandes et besoins des personnes en âge AVS de manière différente, elles n'ont pas le même regard sur la profession.

Du côté des infirmières, Michelle est directement en lien avec les personnes âgées dans le cadre des soins qu'elle prodigue à domicile. Myriam, qui est également conseillère

---

<sup>224</sup> Entretien 6

<sup>225</sup> Entretien 7

<sup>226</sup> Entretien 7

communale, rencontre la population plus spécifiquement qui nous intéresse dans le cadre de son mandat politique.

Il serait nécessaire de rajouter que nous ne connaissons guère d'animateurs/-trices socioculturels/-les hors-murs qui interviennent à domicile. Les personnes interrogées n'apporteront donc que leurs visions et leurs connaissances sur les diverses associations qui se rendent à domicile par rapport aux hypothèses émises. Elles n'ont donc jamais entendu parler d'un ASC qui occuperait ce statut, et donc émettent leurs idées et leurs positions par rapport à cela tout en adoptant un regard critique et professionnel

## 4.2. Liens avec les hypothèses

### 4.2.1. L'hypothèse 1 : la dépendance et l'aspect relationnel

« La personne âgée n'est pas uniquement dépendante lorsqu'elle souffre de problèmes physiques ou psychiques. Il y a également un aspect relationnel à prendre en compte. »

La question principale à laquelle nous voulions répondre au travers de cette hypothèse était : « *Est-ce que le fait d'être dépendant est perçu comme étant plutôt le résultat d'une dynamique relationnelle ou plutôt comme une relation d'assujettissement ?* ».

#### Les liens avec la deuxième hypothèse

Lors de la retranscription des entretiens, nous nous sommes beaucoup questionnées quant à la manière de procéder pour la réalisation de notre analyse. Notamment et bien qu'elles puissent se différencier l'une de l'autre à l'écrit, nous avons repéré la présence d'un lien étroit entre la première et la deuxième hypothèse. Par conséquent, dans l'analyse de chacune de ces dernières, nous avons repris des phrases qui nous semblaient avoir tout à fait lieu d'être utilisées dans les deux cas. Elles seront cependant questionnées et observées sous des angles différents. Par exemple, cette hypothèse-ci sera plus axée sur l'aspect relationnel de l'intervention. Néanmoins, nous pouvons percevoir les associations faites par les interlocutrices entre la thématique traitée ici et la prochaine qui aborde le sujet du rôle de l'animateur/-trice socioculturel/le dans une intervention hors-murs.

#### Les moyens utilisés pour repérer des données en lien avec l'hypothèse

Afin de ne pas influencer les personnes interrogées, nous avons décidé de ne pas poser directement et franchement une question qui aurait eu pour but de savoir quelles étaient leurs opinions à propos d'un éventuel lien entre la dépendance et l'aspect relationnel. En conversant de façon informelle avec certaines professionnelles travaillant dans le milieu de la gériatrie, nous avons en effet remarqué que le contenu de nos questions, parfois très directes, semblaient changer leurs réponses. Au départ, nous pensions que ce choix pouvait être le fruit d'une interprétation abusive de notre part par rapport aux réponses de nos interlocutrices. Suite à la consultation d'ouvrages traitant de la méthodologie de recherche en sciences sociales, nous avons néanmoins pris conscience que cette manière de faire était propre à l'entretien semi-directif et au but recherché par le type d'étude dans laquelle nous nous étions lancées<sup>227</sup>. Par ailleurs, cette manière de procéder nous a permis de nous rendre compte des véritables valeurs et représentations qui existaient derrière la problématique de la dépendance.

#### 4.2.1.1. Les façons de définir la dépendance

Dans un premier temps, afin de déceler quelles étaient les opinions relatives à cette hypothèse, nous nous sommes intéressées aux manières de définir la dépendance. Pour ce faire, nous avons posé les questions suivantes : « *Qu'est-ce que le terme dépendance signifie pour vous ?* » ou « *Pouvez-vous nous donner une définition de la dépendance ?* ». Ces questions avaient pour objectif de rendre compte des priorités données par les professionnelles aux notions physiques, psychiques, psychologiques et relationnelles en lien avec la dépendance. Cela nous a permis de savoir si une dimension relationnelle existe réellement dans la problématique qui nous intéresse et si oui, dans quelle mesure. Par

<sup>227</sup> ALBARELLO, Luc. - **Apprendre à chercher : L'acteur social et la recherche scientifique**. - Bruxelles : Éditions De Boeck, 2003

« dimension relationnelle », nous entendons ce qui concerne les relations réciproques qui se basent sur l'échange de deux protagonistes. Cela s'oppose à une relation d'assujettissement où un/e seul/e acteur/-trice répond aux besoins d'un autre individu.

Si toutes les professionnelles avec lesquelles nous nous sommes entretenues parlent en premier lieu des notions physiques et psychiques, la plupart - cinq sur sept pour être précises - ont fait référence aux concepts de la relation et/ou de l'interdépendance dans leurs explications. Cela est perceptible à des degrés divers.

Mélissa et Marianne semblent accorder beaucoup d'importance à cette perspective. Mélissa soulève d'abord que : « *La dépendance est physique et affective [...]. Nous sommes tous interdépendants [...]. Être dépendant, c'est combler un manque chez soi : la co-dépendance, la dépendance affective* »<sup>228</sup>. Par rapport à la personne âgée, elle précise : « *Alors la dépendance chez la personne âgée, c'est combler des pertes physiques en établissant une relation de confiance qui leur donne la sécurité [...]* »<sup>229</sup>. Marianne fait aussi référence au contexte dans lequel vit la personne comme un élément important à prendre en compte : « *Donc la dépendance c'est vrai que c'est un certain nombre d'atteintes à la santé physique et psychique qui ne permettent plus de vaquer à nos occupations habituelles. Maintenant, pour moi, la dépendance telle que je la vois est très reliée à l'entourage* »<sup>230</sup>.

Michelle, elle, mesure l'importance de la dépendance en prenant en compte les liens sociaux que la personne atteinte peut préserver :

*« Une personne, elle doit d'abord maintenir ses besoins de base. Si déjà elle n'arrive pas au niveau de la pyramide des besoins à maintenir les besoins physiologiques de base, elle est déjà dépendante. Mais la dépendance devient surtout importante quand ils commencent à ne plus avoir de contacts et de relations [...] »*<sup>231</sup>.

Ici, nous remarquons une certaine hiérarchisation des concepts physiques et relationnels.

D'autres utilisent des termes qui sont moins clairs mais qui suggèrent tout de même des idées d'inspiration relationnelle. Nous pensons par exemple à Manuella, médecin spécialisée en gériatrie :

*« Alors il y a plusieurs sortes de dépendances. Alors disons la première grande, le plus grand groupe que je dirai [...] il y a les dépendances qui sont liées à une problématique physique et puis il y a aussi toutes les dépendances qui sont liées à l'émotionnel, les dépendances psychologiques de la personne »*<sup>232</sup>.

Dans ce cas, tout ce qui est de l'ordre de l'émotionnel nous paraît être relié au contexte dans lequel évolue la personne. Quant à Myriam, elle, parle de « *dépendance morale* »<sup>233</sup> qu'elle explique en faisant référence à la solitude.

Nous pensons que les professionnelles interrogées établissent leurs explications en s'inspirant grandement de concepts théoriques qu'elles ont assimilés durant leurs parcours scolaires et professionnels. Cela ne semble pas anodin dans la manière qu'ont les intéressées de relier la dépendance à la perspective relationnelle.

Par exemple, nous avons vu qu'une infirmière parlait de la théorie des besoins. Ce phénomène est cependant particulièrement perceptible chez Marianne. Dans son entretien, nous avons retrouvé des définitions très similaires à celles des ouvrages d'inspiration sociologiques et donc, très en lien avec les processus sociaux. Aussi, elle ne semble pas oublier sa première profession d'infirmière. Par exemple, à propos de la dépendance, elle

<sup>228</sup> Entretien 7

<sup>229</sup> Entretien 7

<sup>230</sup> Entretien 1

<sup>231</sup> Entretien 6

<sup>232</sup> Entretien 5

<sup>233</sup> Entretien 2

explique : « *Ce n'est pas qu'un état, c'est dynamique [...] »*<sup>234</sup>. Quant au regard de l'infirmière, il se manifeste lorsqu'elle termine sa phrase en rappelant l'idée d'assujettissement que suscitent la relation soignants-soignés : « [...] *mais à un moment donné il faut un tiers pour les repas, pour l'aide à la marche, pour ne pas oublier certaines choses »*<sup>235</sup>. Marianne ne renie aucunement l'influence des théories sur la construction de ses opinions en la matière : « *Alors c'est difficile de faire abstraction de tout ce qui a été dit sur la dépendance [...] . Alors tout ça m'habite parce que ce sont des théories que je connais bien, qui n'ont pas été fondées par moi mais qui sont utilisées au quotidien »*<sup>236</sup>. Qui plus est, auparavant, elle dit : « *Voilà mon métier aujourd'hui c'est de faire de la recherche, sachant qu'effectivement, j'ai aussi été une professionnelle de la santé. Et je pense que cela me donne un double regard qui est assez intéressant. Je connais bien les soins. »*<sup>237</sup>. Quant à Mélissa, elle se réfère fréquemment à la méthode de la validation qu'elle a apprise et dont elle est formée. D'ailleurs, quand elle illustre les étapes de la dépendance, elle explique : « *Dans toutes ces phases, ces personnes ont besoin d'être validées, elles restent des personnes à part entière et non des objets de soins »*<sup>238</sup>.

Il nous paraît intéressant de relever que seules les deux animatrices socioculturelles ont défini la dépendance avec des termes rigoureusement en rapport avec l'aspect fonctionnel, c'est-à-dire avec le fait que les personnes qui sont dépendantes souffrent de problèmes physiques ou psychiques qui engendrent un besoin d'une aide externe pour accomplir les actes de la vie quotidienne. Par exemple, l'une d'entre elles explique : « [...] *Donc, la dépendance, c'est vrai que c'est un certain nombre d'atteintes à la santé physique et psychique qui ne permet plus de vaquer à nos occupations habituelles »*<sup>239</sup>. La deuxième nous fait part de sa définition : « *Alors la dépendance c'est le moment où la personne ne se suffit plus à sa propre autonomie et qu'elle a besoin d'une tierce personne pour l'aider dans les gestes quotidiens de la vie [...] ça veut dire qu'il y quelqu'un qui vient l'aider [...] »*<sup>240</sup>. Dans les concepts théoriques, nous avons constaté que cette définition était médicale au sens strict du terme. Ce qui nous interloque est que les deux intéressées ont suivi une formation en travail social. De plus, l'animation socioculturelle nous semble particulièrement en lien avec ce qui concerne le « collectif » et la relation comprise en termes d'interdépendance, c'est-à-dire bâtie sur le concept de l'horizontalité. L'une des principales manières qu'ont les animateurs/-trices socioculturels/-les de définir leur profession s'appuie d'ailleurs sur « [...] *la mise en relation les uns avec les autres au sein de la population où l'équipement est implanté »*<sup>241</sup>.

Cela remet en question l'hypothèse que nous avons émise au paragraphe précédent dans laquelle nous imaginions que les valeurs qui ont une influence sur la façon de définir la dépendance étaient acquises durant la formation. Pourtant, la suite des entretiens de ces deux animatrices socioculturelles révèle qu'elles se sont approprié les valeurs professionnelles propres à leur métier. De plus, bien que l'une d'entre elles soit moins explicite à ce sujet, l'objectif qui sous-tend le sens de leur intervention est justement de rétablir le lien et elles parviennent à l'expliquer : « *Donc, nous, on est là pour les mettre en relation, qu'ils sortent aussi ; pour éviter en fait l'isolement. »*<sup>242</sup> Ici, on remarque que bien qu'elle ne fasse pas partie de la définition de la professionnelle, l'idée de la relation est très importante, voire plus importante que pour les autres professionnelles interrogées. À ce propos et pour aller plus loin, comment expliquer ce phénomène ?

<sup>234</sup> Entretien 1

<sup>235</sup> Entretien 1

<sup>236</sup> Entretien 1

<sup>237</sup> Entretien 1

<sup>238</sup> Entretien 7

<sup>239</sup> Entretien 3

<sup>240</sup> Entretien 4

<sup>241</sup> POYRAZ, Mustafa. - **Espace de proximité et animation socioculturelle : Pratiques des animateurs de quartier au croisement de multiples enjeux politiques et sociaux.** - Paris : Éditions L'Harmattan, juin 2003, page 48

<sup>242</sup> Entretien 3



Deux éléments nous apportent des compléments d'information. D'une part, cette volonté de mettre en lien à tout prix est peut être précisément la principale responsable de cette négation de la relation **dans la définition**. Cela peut paraître antagoniste. Pourtant, il est à remarquer que les deux animatrices sont les seules à ne pas avoir directement contact avec les personnes âgées. Elles semblent avoir complètement intégré la fonction de médiation, concept construit par Jean-Claude Gillet qui démontre que les animateurs/-trices peuvent proposer des lieux d'échange entre les acteurs/-trices d'un environnement donné sans avoir forcément contact directement avec eux/elles<sup>243</sup>. Ainsi, elles mettent en contact les personnes âgées avec des bénévoles. L'une d'entre elles explique :

*« Alors moi je suis très très peu confrontée à la personne âgée parce que je travaille surtout avec un réseau de bénévoles. Comme je te l'ai dit, j'ai 280 moniteurs à gérer et puis c'est avec eux que je travaille, c'est avec mon team de formateurs et eux vont directement dans les groupes. »<sup>244</sup>*

Plus tard, elle rajoute que les moniteurs suivent des formations en lien avec les problématiques de la vieillesse et du vieillissement et rappelle qu'elle fait confiance à ces derniers qu'elle considère comme garants de la relation qu'ils entretiennent avec les bénéficiaires. Nous émettons donc l'hypothèse que, du fait qu'elles ne soient pas quotidiennement en lien avec ces personnes et la problématique de la vieillesse, les deux animatrices n'ont peut-être pas complètement conscience de ce qui peut se jouer au niveau relationnel dans la construction de la dépendance. Cette hypothèse doit être prise avec des pincettes puisqu'il ne faut pas oublier que l'un des principaux objectifs de leur action s'appuie sur le relationnel. À notre avis, il s'agit de différencier le sens qu'elles donnent à leur action, la manière dont elles ont conscience de ce qui se passe effectivement sur le terrain et la façon qu'elles ont de définir la dépendance.

Surtout, elles sont aussi les seules professionnelles à ne pas avoir de grandes connaissances sur le sujet de la dépendance et à n'avoir suivi aucune formation spécialisée en la matière. Nous remarquons cela au travers du fait que contrairement aux autres professionnelles, elles n'affirment pas leurs réponses mais parlent de la manière suivante : « Je pense que c'est [...] » ; « Pour moi, ça veut dire [...] »<sup>245</sup>. Quand nous lui demandons si elle peut nous expliquer les stades de la dépendance, Mylène bafouille : « Heu... C'est très théorique là. Concrètement, je ne pourrais pas citer 1 c'est ça, 2 c'est ça [...] »<sup>246</sup>. De plus, leur définition est celle que l'on entend couramment, celle avec laquelle nous expliquons la dépendance avant d'entamer ce projet de recherche. Par contre, les autres professionnelles font référence à des concepts théoriques acquis pendant leur carrière scolaire et au fur et à mesure de leurs expériences professionnelles. Leurs réponses paraissent beaucoup plus construites – moins spontanées – que les deux animatrices. De plus, nous avons vu dans les ouvrages actuels destinés au personnel soignant que la perspective sociale était passablement prise en compte aujourd'hui dans le domaine médical. Nous pensons donc que c'est en partie durant leurs formations que les professionnelles de la santé se sont rendu compte de l'importance de la dimension relationnelle. Les deux animatrices n'ayant pas de spécialisation en la matière, elles n'auraient pas forcément intégré cette idée à un niveau **théorique**. Sur le terrain, nous l'avons vu, c'est certainement le pôle auquel elles accordent le plus d'importance.

Nous reviendrons plus tard sur les avantages et les inconvénients par rapport au fait que les animateurs/-trices socioculturels/les possèdent des connaissances spécialisées en matière de vieillissement et de tous les concepts dont on a souvent tendance à associer à ce phénomène. En attendant, nous aimerions signifier que ce paragraphe contient des hypothèses qui ne sont que le fruit de notre propre réflexion. Notre petit échantillon ainsi que

<sup>243</sup> GILLET, Jean-Claude. - **Formation à l'animation : agir et savoir**. - Paris : Éditions L'Harmattan, 1996, page 43

<sup>244</sup> Entretien 4

<sup>245</sup> Entretien 3

<sup>246</sup> Entretien 3

nos connaissances limitées ne nous ont pas permis de vérifier nos dires qui sont donc à prendre au conditionnel et non comme des vérités.

Dans ce chapitre, nous remarquons que la plupart du temps, les professionnelles définissent la dépendance au travers de concepts en lien avec la relation. L'aspect relationnel aurait donc son importance.

#### 4.2.1.2. L'importance du lien face au risque de la solitude

Dans un deuxième temps, nous nous sommes intéressées aux informations plus générales. Les données relatées ici vont donc plus loin que l'observation des manières de **définir** la dépendance avec ou non des termes propres à la vie relationnelle. La plupart du temps, elles ont été retrouvées dans les explications que donnent les professionnelles pour préciser ce qu'elles entendent au travers de leurs définitions ou dans les réponses apportées aux questions qui concernent l'animation socioculturelle. Le résultat est univoque : à un niveau général, toutes les personnes interrogées font un lien entre la dépendance et la perspective relationnelle. Cela est surtout perceptible au travers de la récurrence du thème de la solitude. Le fait que les personnes âgées y soient souvent plongées est un élément qui a été souligné à maintes reprises par les professionnelles. Malgré leurs statuts différents, la majorité de ces dernières sont témoins de cette situation qu'elles ont observée lors de différentes rencontres avec des personnes âgées.

Au sujet de la solitude, Myriam la considère comme un point cardinal dans les situations vécues par les personnes âgées. Par exemple, elle rencontre régulièrement des veufs/-ves et d'autres personnes vivant seules qui expriment ce sentiment d'être « isolés/-es ». Ces derniers expliquent leur mal-être en faisant notamment référence aux heures des repas, moment où ils se retrouvent seuls face à leurs assiettes. Plus loin, nous verrons que Myriam explique aussi que toutes les personnes n'ont pas la chance de bénéficier de l'aide d'une famille qui les entoure.<sup>247</sup>

Cette dernière constate néanmoins que le fait d'être seul est un risque qui s'accroît avec l'âge : « *Ils se retrouvent seuls à un moment donné. Plus les gens vieillissent et plus il y a de personnes qui partent autour d'eux. Et puis, ils se retrouvent toujours dedans et puis seuls à quelque part. C'est ce que j'entends le plus, que ce soit à l'hôpital ou dans la commune.* »<sup>248</sup>

Par rapport à cela, Marianne s'est aperçue que le lien social est garant du bien être de la personne, même en cas de situation d'importante dépendance :

*« Cela peut être très tardif. Moi j'ai vu des situations à domicile car j'observe cela dans le cadre de recherches où les gens sont extrêmement atteints, même d'un point de vue cognitif. Mais ils ont un réseau, ils ont un réseau social, un réseau de voisins qui fait assez bien avec son handicap et continuent d'avoir des activités somme toute. Il y a la sortie des contemporains ou des jeux de cartes. Je pense que les gens ne demandent pas toujours nécessairement plus que cela. Mais de rester en réseau, en lien avec [...] Sachant qu'ils sont peut-être admis, acceptés avec un certain nombre de difficultés, de handicaps [...] »<sup>249</sup>.*

Lorsque ces liens ne sont pas conservés, les personnes touchées par la dépendance peuvent faire face à des réalités difficiles. Pour expliquer cela, Michelle ne mâche pas ses mots : « *Plus de relations, solitude, [...] Et ils se laissent végéter, ils se laissent mourir quoi. Voilà, c'est plutôt ça quoi.* »<sup>250</sup>

<sup>247</sup> Entretien 2

<sup>248</sup> Entretien 2

<sup>249</sup> Entretien 1

<sup>250</sup> Entretien 6

#### 4.2.1.3. Le rôle des familles et des proches

Par rapport à cet aspect relationnel, les membres de la famille qui gravitent autour de la personne âgée semblent être des éléments clés pour les professionnelles. Pensons par exemple à Manuella, gériatre, qui explique :

*« Voilà, alors il y a autour de la personne âgée à domicile tout un cercle de personnes comme ça qui gravitent avec notamment le médecin traitant, et il y a la famille qui a un rôle très important et qui est souvent la première sollicitée pour les problèmes de dépendance. »<sup>251</sup>*

Mélissa considère la famille comme « [...] un partenaire important pour nous et est accueillie au même titre que la personne âgée »<sup>252</sup>. Pour elle, il est primordial de s'entendre avec les familles, de dialoguer, de recueillir leurs perceptions, et leurs demandes sont à prendre en compte.

Concernant les demandes de la famille, Mylène trouve important d'en parler avec la personne principalement concernée et de percevoir sa vision, son opinion par rapport à cela. Sans cela, l'approche peut être vécue de manière brutale par la personne âgée qui pourrait se sentir dans l'obligation d'adhérer à un projet qui n'est pas le sien mais celui de sa famille ou d'un autre tiers qui intervient auprès de lui.

Marianne, quant à elle, nous donne quelques éclaircissements sur la manière que l'on a de dénommer les membres de la famille ainsi que sur les enjeux qui se cachent derrière le fait de considérer les membres de la famille comme étant indispensables :

*« Les fameux aidants familiaux [...] Depuis les années septante, c'est à peu près à cette période qu'on voit apparaître le terme de dépendance allée à la vieillesse. Les aidants familiaux c'est pareil. Jusque-là on ne les a jamais appelés "aidants familiaux". On voit bien aujourd'hui que c'est le cœur des politiques sociales autour de la famille et de la vieillesse qu'on continue faussement d'appeler "naturel" parce qu'il n'y a rien de naturel là-dedans hein. Donc là, il y a vraiment un champ scientifique mais aussi un champ idéologique. C'est-à-dire que l'on voit apparaître partout "les aidants familiaux", on voit bien ce que ça recouvre. C'est-à-dire que ce que la famille fait, ce n'est pas l'État qui va prendre le relai. Donc là il y a vraiment pas mal de questions qui ne sont pas résolues. Mais les termes ne sont pas anodins. Et quand on demande aux gens s'ils sont dépendants, ils vous répondront non. Ils se sentent malades, vaguement atteints dans leur santé mais pas dépendants. Si on demande à un aidant familial s'il est aidant familial, il dira non, non plus. Il dira "Je suis la femme de Monsieur Untel, je suis la fille de Madame Unetelle". C'est vraiment des termes professionnels, la "dépendance", les "aidants familiaux", c'est vraiment des termes construits par les scientifiques et les professionnels. Au fond les gens ne se reconnaissent pas toujours dans ces catégories. »<sup>253</sup>*

Cet apport concorde avec les notions théoriques qui expliquent la manière que les professionnels/-les et les acteurs/-trices étatiques ont de considérer les proches. Nous avons vu par exemple que ces derniers sont souvent considérés comme ayant une place importante dans la relation d'accompagnement car ils proposent des prestations gratuites à leurs parents. Cela est avantageux à bien des égards et notamment d'un point de vue économique. Michelle est clairement consciente de cela : « Nous, on peut travailler avec des personnes dépendantes que si elles ont un réseau primaire. Le réseau primaire c'est la famille, le proche entourage. »<sup>254</sup> C'est pourquoi, afin que l'épuisement des proches soit

<sup>251</sup> Entretien 5

<sup>252</sup> Entretien 7

<sup>253</sup> Entretien 1

<sup>254</sup> Entretien 6

moins soudain, il est important que les professionnel/les accompagnent les aidants naturels et assurent un relais.

Myriam fait également référence à la famille mais pour parler d'une autre réalité en relation étroite avec la question de l'isolement : « *Il y a de moins en moins les familles autour. Je veux dire, les gens ont pas tous leurs familles autour. Il y a beaucoup de gens qui vivent ici, qui n'ont pas forcément une famille autour d'eux. Donc, il faut penser à ces gens-là.* »<sup>255</sup>

Quant à Michelle, elle parle aussi de la manière qu'ont les enfants de s'engager dans une relation d'aide. Ils considéreraient cette dernière comme une mission à accomplir. Souvent, les enfants se relaieraient et accompagneraient leurs parents comme dans un but de reconnaissance et de devoir. Cela dit, ce qu'elle a pu apercevoir lors de ses interventions, est qu'il est beaucoup plus facile :

*« [...] de collaborer avec les fils parce qu'ils ne se sentent pas investis de cette mission de s'occuper de toutes les couches générationnelles qui gravitent autour d'eux. Ce qui est aussi un petit peu difficile, c'est que les filles ne veulent pas lâcher et qu'elles sont souvent épuisées parce que personne ne les relaie »*<sup>256</sup>.

À force de devoir gérer plusieurs générations, elles s'épuisent, se fatiguent, et c'est souvent à ce moment-là que le CMS doit intervenir. Dans ces conditions, il est souvent plus difficile d'entrer en relation avec le sujet et sa famille car l'enfant n'arrive pas à lâcher prise. Il faut les « *apprivoiser* »<sup>257</sup>. Il arrive parfois que le contrat soit « forcé » pour des raisons médicales urgentes. Cependant, en règle générale, il faut dire que cette entrée en relation est plutôt facile et se passe généralement bien.

Myriam parle d'un autre cas de figure. Pour certaines personnes, le fait de voir un parent vieillir serait une réalité difficile à accepter. Elles se sentiraient parfois démunies et perdant pied, elles préféreraient ne pas s'engager et laisser le soin à un réseau professionnel de s'occuper de leur parent dépendant.<sup>258</sup>

Pour terminer, nous aimerions faire remarquer que Mylène, animatrice socioculturelle, est la seule à rendre compte de deux phénomènes qui nous paraissent importants. Premièrement, certes de manière implicite, elle semble rendre compte des manières différentes qu'ont les proches de prendre en charge leurs parents, selon les normes et valeurs qui sont socialement acceptées dans un endroit donné. Elle explique par exemple que son terrain d'intervention est un lieu qui est encore très communautaire : « *Par exemple pour F., tous les habitants de F., les personnes ont souvent un lien avec la famille parce que c'est quand même encore très villageois [...]* »<sup>259</sup> Un autre élément semble pertinent : le fait qu'elle perçoive de nouveaux enjeux par rapport à cela :

*« [...] mais on se rend compte de plus en plus parce que même si ça reste villageois, il y a de plus en plus de gens qui ont besoin d'être reconnus ; pas que dans leurs familles mais également à l'extérieur de leurs familles. Et puis, il y a aussi de nouveaux arrivants qui n'ont pas forcément de la famille autour ; donc ils peuvent se retrouver seuls »*<sup>260</sup>.

#### 4.2.1.4. L'appel aux bénévoles, aux professionnels/-les et au tissu associatif

Dans le cas où une personne dépendante est seule à domicile, Michelle ou ses collègues tentent de faire appel à des centres ou foyers de jour. Le CMS collabore d'ailleurs intensément avec ces derniers : « *[...] afin d'éviter que les personnes se retrouvent seules et*

<sup>255</sup> Entretien 2

<sup>256</sup> Entretien 6

<sup>257</sup> Entretien 6

<sup>258</sup> Entretien 2

<sup>259</sup> Entretien 3

<sup>260</sup> Entretien 3

*dans la mesure du possible, on essaie de les faire aller un à quatre jours dans ces lieux, en fonction de leurs capacités »<sup>261</sup>.*

Si proposer ce type d'action semble ne pas être adéquat, les professionnels/-les du CMS s'adressent à des associations qui proposent l'intervention de bénévoles à domicile. Les professionnelles en citent quelques unes dans leurs entretiens :

- L'Association Alzheimer
- L'AMIE
- Le Baluchon.

Le détail des prestations proposées par ces organismes ne nous a pas été transmis mais il semblerait que cela consiste souvent à rencontrer sur une courte durée le sujet âgé ainsi que de lui apporter les repas de midi ou du soir.

Pourtant, si Myriam explique qu'il existe des structures bénévoles qui interviennent à domicile dans la commune où elle occupe le poste de conseillère municipale, elle précise que cela n'est que très peu développé.

Le fait que des gens s'engagent bénévolement pour apporter de leur temps aux aînés est quelque chose de recherché dans les communes, autant par les citoyens/-nes que par les décideurs. Selon Michelle, il est notamment plus facile de faire appel à des bénévoles d'un point de vue financier.

#### L'Association Alzheimer

Cette association propose de prendre part à « des groupes d'entraide et de partage pour se soutenir mutuellement » face à ce type de démences.<sup>262</sup>

#### L'AMIE

Michelle collabore intensément avec l'association martigneraise l'AMIE qui propose :

- « la livraison des repas à domicile,
- une visite à domicile hebdomadaire, à raison d'une à deux heures par semaine,
- les transports pour les personnes à mobilité réduite »<sup>263</sup>.

#### Le Baluchon

Marianne et Mélissa ont à plusieurs reprises parlé de l'Association « Le Baluchon » comme mode d'intervention à domicile. Marianne connaît bien le fonctionnement du « Baluchon » qui est proposé aux personnes souffrant de maladies de type Alzheimer. L'Association invite des aidants bénévoles ou professionnels à venir chez la personne dépendante d'un point de vue psychique dans le but de remplacer les proches. Mélissa, elle, a fait partie de cette association avant de fonder son centre de jour. Elle l'explique quasiment de la même façon que Marianne : « *Ce sont des personnes qui vont à domicile spontanément pour aider les familles. C'est justement d'aller chez ces gens, d'avoir un " Baluchon ", pour qu'une famille puisse s'adresser à vous* »<sup>264</sup>. Ici, il est donc question d'apporter un soutien aux aidants proches.

<sup>261</sup> Entretien 6

<sup>262</sup> <http://www.alz.ch/vs/html/>

<sup>263</sup> [www.amie-martigny.ch/](http://www.amie-martigny.ch/)

<sup>264</sup> Entretien 7



#### 4.2.1.5. Le rôle-clé de l'animateur/-trice socioculturel/le dans la question du lien

Par rapport à la question relationnelle, l'animateur/-trice socioculturel/le aurait un rôle important à jouer. Les professionnelles estiment même que conserver le lien social serait l'un des premiers objectifs d'une telle action.

À ce sujet Mylène, animatrice, a pleinement conscience des besoins des personnes âgées et afin de pouvoir répondre à ces derniers, elle est en contact avec un réseau de bénévoles qui intervient à domicile et qui propose aux aînés :

- « [...] la lecture du journal,
- la possibilité de sortir faire une balade,
- la possibilité prendre part à une activité proposée par l'animatrice »<sup>265</sup>.

Pour Michelle, le rôle d'un/e animateur/-trice serait également d'être présent/e pour mettre les aînés en relation avec d'autres personnes. Toujours sur cette même lancée, selon Marie, l'animateur/-trice socioculturel/le devrait avant tout donner l'occasion à nos aînés dépendants de pouvoir : « [...] entrer en relation les uns avec les autres et les aider à y parvenir »<sup>266</sup>. Il semble pertinent de rappeler que cette dernière travaille avec des moniteurs/-trices et des bénévoles et elle précise à plusieurs reprises que « [...] les services bénévoles qui vont à domicile, qui vont à la rencontre des personnes dépendantes, ces dernières sont toujours ravies de voir des gens, c'est des coups de fraîcheur, c'est magnifique, ils sont très heureux »<sup>267</sup>. Dans ce sens, Marianne ajoute que l'animateur/-trice socioculturel/le « [...] pourrait tout à fait être un acteur social dans ce sens qu'il connaît bien les gens, s'il cherche vraiment à les connaître, à connaître leurs activités, il peut maintenir au fond le lien [...] »<sup>268</sup>. Ce qui serait donc primordial d'apporter à ces personnes est le contact avec des tiers, avec l'extérieur et avec la vie afin de ne pas s'isoler davantage. De plus, Marianne soulève l'importance du lien et de l'intérêt de la part des aînés à participer à des activités. Le fait de créer des liens de confiance et des liens avec d'autres personnes peut apporter au sujet âgé de l'estime de lui, de la valorisation et du goût à la vie. Il est nécessaire qu'il ne se mette pas plus à l'écart dans cette société, mais qu'on lui donne les moyens de se sentir mieux et d'évoluer encore.

Au travers de leurs propos, les professionnelles insistent sur le fait que mettre en relation des personnes ainsi que favoriser l'échange et la rencontre permet un développement positif de la relation à l'autre et rompt, l'espace d'un instant, la solitude.

#### 4.2.1.6. Synthèse : une perspective relationnelle perçue comme importante

Dans notre cadre théorique, nous avons vu que la plupart des définitions s'inspiraient du modèle biomédical qui ne prenait que faiblement en compte la perspective relationnelle, comprenant plutôt la dépendance comme étant synonyme d'assujettissement à une autre personne suite à des problèmes physiques ou psychiques. Le terme « dépendance » serait admis de cette manière surtout dans les domaines des soins et du médical. Pourtant, la plupart des personnes avec lesquelles nous nous sommes entretenues émettent des liens manifestes entre la dépendance et les aspects de solidarité et d'interdépendance. Cette définition est relative à l'aspect médico-social qui considère la dépendance comme étant un processus évolutif et relatif à l'environnement de la personne, soit aux relations qu'il entretient avec son entourage. De plus, toutes les personnes interrogées précisent leurs définitions par des concepts de « liens sociaux » et de « solitude » ou en parlent plus tard, par exemple en expliquant le métier de l'animation socioculturelle. Elles précisent même que

<sup>265</sup> Entretien 3

<sup>266</sup> Entretien 4

<sup>267</sup> Entretien 4

<sup>268</sup> Entretien 1



la question de la solitude et de l'isolement est **omniprésente** pour certaines personnes âgées. Le fait de ne pas avoir forcément d'entourage proche, le fait de ne pas être visité : tous ces facteurs joueraient un rôle dans la vie de ces personnes si bien qu'en plus, l'isolement peut amener un état dépressif. Nous pensons donc que les professionnels/-les sont de plus en plus sensibles à cette perspective sociale, relationnelle, dynamique et réciproque. Par rapport à cela, nous aimerions rajouter que grâce aux concepts théoriques, nous nous rendons compte que la dépendance est le produit d'une pure construction sociale et qu'elle évolue avec le temps, selon les enjeux y relatifs et les acteurs/-trices qui ont de l'influence à ce sujet.

Si ces éléments nous permettent de confirmer notre première hypothèse, il semble tout de même important de nuancer notre résultat. Remarquons notamment que les professionnelles parlent toujours en premier lieu des aspects physiques et psychiques et seulement ultérieurement de la perspective relationnelle. Cependant, l'importance de cette dernière ne peut être niée, le contexte dans lequel évolue la personne étant parfois considéré comme ayant une influence non négligeable sur le fait qu'elle soit ou non dépendante à un niveau physique ou psychique. Rappelons à ce sujet les propos de Michelle : « *Ce pourquoi je plaide c'est vraiment la question de la personne insérée dans un contexte, avec des effets sur ce contexte et le contexte qui a des effets possibles. Le contexte c'est : la famille, les liens sociaux, [...]* »<sup>269</sup>.

---

<sup>269</sup> Entretien 6

### 4.2.3. L'hypothèse 2 : des centres de loisirs pour les aînés

« Il y a une place pour l'animation hors des institutions. L'émergence du hors-murs en centres de loisirs est connue. Il faut comprendre que le hors-murs a aussi sa place lors de la prise en charge des personnes âgées qui ne sont pas placées dans des établissements médicaux-sociaux ou dans des foyers de jour. Rappelons qu'animer est sensé remettre de la vie. Les animateurs/-trices socioculturels/-les HES ont leur place à domicile avec les personnes âgées qui n'ont pas forcément d'encadrement. »

Sur les sept professionnelles interrogées, cinq pensent qu'une intervention socioculturelle à domicile serait bénéfique pour les aînés dépendants. Les deux autres ne sont pas complètement opposées à cette idée mais apportent des arguments nuancés quant à l'efficacité d'une telle action. Ceux-ci seront développés dans l'analyse ci-dessous.

Ici, nous prendrons surtout en compte les avantages, les désavantages et les enjeux mentionnés par nos interlocutrices quant à la proposition d'une intervention hors-murs pour les personnes âgées.

#### 4.2.3.1. Les fonctions données à une telle intervention

« *L'animation socioculturelle, c'est les activités sociales. Au fond ce qui se joue là-dedans, c'est la vie.* »<sup>270</sup>

Marianne

Pour toutes les professionnelles, l'animation socioculturelle destinée à des personnes âgées dépendantes qui vivent encore à domicile aurait différentes fonctions. Spontanément, Marianne en cite quatre lorsque nous lui demandons si elle fait un lien entre l'animation socioculturelle et la personne âgée :

- « [...] *maintenir la vie*
- *maintenir le contact*
- *maintenir le lien*
- *maintenir l'intérêt* ». <sup>271</sup>

Manuella trouve également qu'une action socioculturelle aurait « [...] *un effet qualitatif important de lien* »<sup>272</sup>. Elle rajoute cependant deux autres fonctions qui sont très reliées :

- « [...] *maintenir la personne âgée à domicile*
- *aider les familles* ». <sup>273</sup>

Pour Mélissa, il serait important de prolonger la vie à domicile et surtout de donner l'opportunité à nos aînés de :

- « [...] *restaurer leur estime de soi*
- *réduire le stress*
- *aider à résoudre les conflits du passé* ». <sup>274</sup>

<sup>270</sup> Entretien 1

<sup>271</sup> Entretien 1

<sup>272</sup> Entretien 5

<sup>273</sup> Entretien 5

<sup>274</sup> Entretien 7

Manuella pense que notre démarche est « *extraordinaire* »<sup>275</sup> et elle estime que nous avons un avenir dans ce domaine du fait que, selon elle, c'est un plus pour ces personnes. En outre, elle insiste sur le fait que cette démarche doit être soutenue par les politiciens, l'État et les professionnels/-les de la santé.

Les avantages liés à l'aspect relationnel ayant été développés plus haut, nous reviendrons sur ces derniers seulement en cas de besoin. Par contre, nous donnerons des éléments de précision concernant d'autres fonctions nommées par nos interlocutrices.

### Favoriser l'autonomie et la participation active

Pour Marianne, l'autonomie comprise comme « la capacité à faire des choix » a une place toute particulière dans la problématique de la dépendance des personnes âgées, d'autant plus qu'elle est davantage mise en danger dans de telles circonstances.<sup>276</sup> D'après notre cadre théorique, nous avons tendance à confondre ces deux termes et penser que le fait d'être dépendant mène forcément à la perte d'autonomie. En définissant la dépendance, Marianne cherche à séparer ces deux concepts :

*« Là je crois que l'on peut parler de dépendance qu'il faut effectivement distinguer d'autonomie parce que l'on peut être extrêmement dépendant et rester autonome. C'est-à-dire je peux assez bien savoir ce dont j'ai besoin, ce dont j'ai envie, ce dont je n'ai pas envie en étant très touché du point de vue fonctionnel. Il faut distinguer les choses. »*<sup>277</sup>

Pour limiter le risque de comprendre les deux termes de la même manière, il semble important pour Marianne que, dans la mesure du possible, les personnes puissent faire elles-mêmes leurs choix. Toujours selon cette idée, la sociologue pense que l'animateur/-trice aurait les compétences pour comprendre l'autre « [...] dans ses petits projets [...] »<sup>278</sup>. Pour elle, « *c'est ça l'autonomie* »<sup>279</sup>. Elle n'est pas la seule à être de cet avis. Pour expliquer à quoi pourrait servir un/e animateur/-trice socioculturel/le dans le champ de la dépendance et du vieillissement, Mélissa pose également comme l'une de ses priorités le fait que ce/cette dernier/-ère peut « [...] *aider à garder l'autonomie des personnes âgées* »<sup>280</sup>. En parlant des valeurs qui lui tiennent à cœur, Michelle fait part de l'importance qu'elle donne à l'autonomie :

*« Et puis d'un point de vue professionnel, c'est continuer de tenter de maintenir cette autonomie au sens pas "bête" de faire pour continuer à faire. Ce n'est pas dans le faire, c'est vraiment essayer de prendre en considération si c'est possible l'envie, les désirs, certaines décisions encore, de conserver ces aspects-là. »*<sup>281</sup>

Bien qu'elle montre une certaine sensibilité à ce sujet, elle n'associe pas directement ce concept au travail de l'animateur/-trice.

Marie, animatrice, trouve qu'une intervention destinée aux personnes âgées dépendantes qui vivent à domicile se doit de correspondre à l'une des principales valeurs soutenue par l'animation socioculturelle, qui est de favoriser la participation active. Nous remarquons que pour cette professionnelle, il est impératif de ne pas faire à la place des personnes. Marianne est également d'avis que l'action de l'animateur/-trice socioculturel/le ne peut se faire que dans la construction d'un projet de vie construit **avec** la personne et non pas **pour** elle.

<sup>275</sup> Entretien 5

<sup>276</sup> Entretien 1

<sup>277</sup> Entretien 1

<sup>278</sup> Entretien 1

<sup>279</sup> Entretien 1

<sup>280</sup> Entretien 7

<sup>281</sup> Entretien 6

Cela s'avère particulièrement difficile avec la population à laquelle nous nous intéressons. Pour Marianne, en intervenant à domicile on court le danger de « [...] leur enlever ce qui faisait leur autonomie et dire "laisse, je fais à ta place" »<sup>282</sup>. Aussi, à la question « Comment voyez-vous la prise en charge d'une personne âgée dépendante ? », Marie commence sa réponse par un avertissement :

*« Alors là c'est délicat. C'est tout le domaine de la problématique "ne pas faire pour mais faire avec". Donc à un moment-donné, il faut vraiment réussir à trouver, si je prends par exemple la maladie d'Alzheimer, trouver un moyen de pouvoir l'approcher sans faire à sa place. Ça, ça paraît déjà une, ouais une approche. [...] Si c'est physique, il y a certainement des formes d'animation que l'on peut mettre en place même au niveau physique. »*<sup>283</sup>

De plus, l'animatrice pense qu'il y a une autre difficulté qui pourrait intervenir et qu'il faudrait prendre en compte : « [...] la motivation de la personne »<sup>284</sup>. Quand une personne est dépendante, elle n'éprouve plus la même motivation qu'auparavant, « [...] elle a tendance à être consommatrice »<sup>285</sup>. Il faut vraiment que la personne soit motivée. Si elle l'est, il y a une véritable action qui peut se mettre en place. Ce qu'il faut savoir, c'est que les personnes âgées dépendantes ont tendance à se fatiguer très vite, cela peut donc avoir un effet sur leur motivation à participer ou non, d'où l'importance de l'écoute. Cela nous fait dire qu'il serait pertinent de parler de la méthode de validation, méthode à laquelle Mélissa s'est formée. Selon cette professionnelle, la validation permet de « [...] développer une communication verbale et non-verbale »<sup>286</sup>. Cela démontre bien l'impact qu'une telle intervention peut avoir : il n'y aurait pas forcément besoin de se comprendre pour se parler. Si de tels liens s'établissent, il semblerait qu'un sentiment de confiance puisse se créer plus aisément. Ainsi, il sera peut-être plus facile pour les bénéficiaires de montrer leur motivation en exprimant d'une quelconque manière leurs besoins.

Il nous paraît important de ne pas vouloir occulter cet élément mais au contraire de le garder en tête car « faire à la place de » serait contraire à notre idéalité professionnelle et ne favoriserait en rien la stimulation des personnes auxquelles nous nous intéressons.

### Soulager les familles

Nous avons déjà vu que les professionnelles considèrent les proches comme des acteurs/-trices importants/-es dans la relation d'aide établie avec l'usager. Aussi, lorsque l'on parle de ce que pourrait apporter les animateurs/-trices, la famille n'est pas laissée pour compte. Nos interlocutrices y font souvent référence. Myriam s'exprime sur la question :

*« Et puis je dis même pour les gens, ce qu'il y a d'important aussi, c'est qu'on prône de plus en plus le fait de garder les gens le plus longtemps à domicile. Et c'est souvent les familles et les structures qu'il y a autour qui assurent cela. Mais il y a... À un moment-donné, il faut aussi penser à soulager ces familles qui... pour ceux qui ont de la famille ou bien même le conjoint qui est encore là [...]. Donc, je pense que si on peut se dire qu'il y a une ou deux journées dans la semaine qui ait quelque chose pour ces gens-là, je pense que c'est très important. »*<sup>287</sup>

<sup>282</sup> Entretien 1

<sup>283</sup> Entretien 4

<sup>284</sup> Entretien 4

<sup>285</sup> Entretien 4

<sup>286</sup> Entretien 7

<sup>287</sup> Entretien 2

## Stimuler

Toujours en se référant aux besoins et à une manière hiérarchique de les concevoir, Michelle exprime son opinion sur la question de l'ennui qu'elle considère comme un facteur de dépendance : « [...] ça vient déjà dans les besoins supérieurs mais c'est vrai que [...] les personnes qui s'ennuient, ça devient même très vite des personnes très dépendantes parce qu'elles n'ont aucune activité de stimulation »<sup>288</sup>.

Plus loin, il semble qu'elle associe ce besoin « supérieur » à l'animation socioculturelle : « Pour moi, l'animation socioculturelle c'est une stimulation d'une personne à exister déjà pour elle-même et puis avec autrui. »<sup>289</sup>.

## Rendre professionnelle une activité qui existe déjà et soulager les acteurs qui la conduisent

Dans son mandat de conseillère communale, Myriam est responsable du dicastère « social » et s'occupe donc de tout ce qui concerne la population des « aînés ». Habitant une petite commune, c'est elle qui va à la rencontre des personnes âgées pour découvrir quels sont leurs besoins. Par la suite, elle met en place des activités et notamment une journée annuelle consacrée à la population qui nous intéresse. Si elle met sur pied ces projets avec beaucoup de plaisir, elle regrette cependant le manque de professionnalisme et avoue se sentir parfois démunie. Elle fait notamment remarquer : « Ça serait mon rêve de dire ben voilà, il y a une personne qui est là, qui s'occupe des aînés. Parce que moi, j'ai aussi un métier à côté... Ce n'est pas mon métier et j'ai mes ressources qui s'épuisent, [...] aller organiser un repas par mois, c'est juste pas possible. »<sup>290</sup> En fait, elle constate qu'elle n'a pas suffisamment de ressources temporelles et professionnelles pour monter des projets qui concordent avec les besoins des personnes âgées. Elle se rend compte par exemple qu'elle ne possède pas les outils pour mettre en place une action innovante. Elle avoue donc se reposer sur ses acquis en proposant régulièrement les mêmes activités. Pour offrir une qualité d'intervention aux aînés, elle relève : « À un moment donné, il faut du professionnalisme et il faut de la qualité [...] »<sup>291</sup>. Évidemment, elle s'appuie sur les prestations de Pro Senectute, mais cet organisme a besoin de pouvoir compter sur des personnes-relais. Pour elle, il est plus facile d'endosser ce rôle que de monter un réseau de bénévoles. Elle pense que le regard d'un/e professionnel/le de l'animation permettrait donc d'être novateur et créatif dans une commune. À ses yeux, il est nécessaire de prendre en compte ces critères pour offrir un meilleur mode d'intervention aux aînés.

## Valoriser la personne âgée

Pour Mylène, un des buts à atteindre est le fait que ces personnes soient « [...] revalorisées et reconnues [...] »<sup>292</sup> car on a tendance à les mettre à l'écart et à ne plus prendre en compte l'opinion de ces dernières. Mylène collabore donc régulièrement avec des partenaires et un réseau de bénévoles qui favorisent avant tout cette valorisation de la personne âgée en s'appuyant sur les besoins et les demandes des aînés. Par rapport à cela, elle explique : « Donc tout à coup, nous on intervient avec le foyer et le club des aînés à dire ben voilà : "Si on organisait quelque chose tous ensemble pour aussi mettre en avant et valoriser la personne âgée". »<sup>293</sup>

Par rapport à cela, elle soulève également l'importance pour le sujet âgé d'être reconnu par des tiers : « Ben le lien c'est que justement la personne a besoin d'être valorisée, d'être reconnue, que ce soit auprès des politiques également, auprès de sa famille, auprès de

<sup>288</sup> Entretien 6

<sup>289</sup> Entretien 6

<sup>290</sup> Entretien 2

<sup>291</sup> Entretien 2

<sup>292</sup> Entretien 3

<sup>293</sup> Entretien 3

*toute la communauté en fait [...] »<sup>294</sup>. Donc, selon elle, l'un des objectifs vers lesquels il faut tendre est le fait que les aînés dépendants participent activement à la vie sociale de la commune.*

#### 4.2.3.2. Des petits projets pour des grands résultats

Dans le cadre de son mandat, Mylène propose une intervention à domicile pour des personnes âgées qu'elle considère comme dépendantes. Par rapport aux projets mis en place, elle les qualifie à nombreuses reprises de « petits » :

*« Donc là par exemple on va faire une balade, on organise une marche avec les aînés. Donc on a des aînés qui sont un peu plus en forme qui vont chercher les personnes et puis on va se promener avec eux et après on passe un moment ensemble autour d'un café, thé, café-gâteaux. Donc c'est peut-être un petit projet mais en même temps ça permet la rencontre, ça permet d'être valorisé et la personne elle est reconnue. »<sup>295</sup>*

Dans ces deux déclarations, il nous semble que l'interlocutrice fait preuve d'une certaine timidité dans la valorisation de ces « petites choses ». Pourtant, Marianne explique au travers d'un exemple que derrière ces actions certifiées de « modestes » se cachent des objectifs plus amples :

*« Tant que la vie peut être maintenue [...]. Des fois, cela dépend d'assez peu de choses. Dans les observations que l'on voit... Par exemple, j'avais fait cette observation de deux amies très âgées ayant eu vraiment une grande solidarité parce qu'elles étaient veuves dans le même quartier. Elles ne pouvaient plus se voir parce que la distance qui les séparait n'était pas vraiment grande mais la pente était extrêmement décline. Donc descendre, monter, ce n'était plus possible. Là, quelqu'un qui ferait ce lien... C'est peu de choses mais néanmoins, elles n'avaient plus de contacts. Par téléphone... Mais ce n'est pas la même chose. Ça, ça me paraît... Alors je ne réponds pas à votre question « C'est quoi l'animation ? » si ce n'est qu'effectivement, à mon avis, avant d'« animer »... C'est probablement maintenir la vie, maintenir le contact, maintenir le lien, maintenir l'intérêt. Ce n'est pas forcément faire quelque chose d'exceptionnel. »<sup>296</sup>*

#### 4.2.3.3. Enjeux

##### Les enjeux financiers

Selon Myriam, il serait possible d'engager des animateurs/-trices socioculturel/les pour des mandats, car il y a assez de moyens financiers et matériels : « *Je pense que c'est l'avenir. En tous cas, je suis persuadée que les grandes communes peuvent se le permettre* »<sup>297</sup>. Toujours d'après elle, en engageant des professionnels/-les de l'animation, il y aurait davantage de réflexion faite par rapport aux besoins et demandes qui émergent. De plus, un point d'honneur serait accordé à la variété et à l'originalité.

D'autres interlocutrices ne sont pas aussi catégoriques à ce propos. Si l'on se réfère aux dires de Mylène, il est clair que du fait de la jeunesse du métier, il est parfois difficile d'en prouver l'efficacité et donc, d'obtenir des mandats ou des aides financières. Cependant, c'est

<sup>294</sup> Entretien 3

<sup>295</sup> Entretien 3

<sup>296</sup> Entretien 1

<sup>297</sup> Entretien 2



en présentant des documents pertinents et emprunts de sens que les animateurs/-trices pourront être reconnus/-es comme des professionnels/-les.<sup>298</sup>

Pour Marianne, l'intervention d'un/e animateur/-trice socioculturel/le hors-murs aurait lieu d'être et serait bénéfique pour le développement de la personne âgée dépendante. Mais, selon elle : « *L'animateur pourrait être lié à un système qui existe déjà car personne ne serait d'accord de subventionner un animateur dans la nature.* »<sup>299</sup> Elle voit des bases pour l'animateur/-trice socioculturel/le, par exemple dans le cadre des centres médico-sociaux. Pour mieux établir un projet de vie, elle imagine qu'il serait plus pertinent que les animateurs/-trices HES « *[...] aient un lien avec d'autres professionnels* »<sup>300</sup>. Là-dedans ne se joue pas uniquement le point de vue de l'intervention, il y a aussi un aspect financier à soulever. Elle ne sait pas qui pourrait financer un ASC qui exerce à son compte.

En ce qui concerne Michelle, coordinatrice-responsable des soins à domicile d'un CMS, il n'y a tout simplement pas de financement possible actuellement dans le domaine de l'animation. Selon elle, l'intervention des soignants/-tes est primordiale et il est déjà difficile pour les bénéficiaires de subvenir à ces besoins (les soins). Elle le fait remarquer ainsi :

*« L'animation pour moi c'est vraiment quelque chose pour rentrer en relation les uns avec les autres. Et ce n'est de toute façon pas remboursé par les caisses maladie donc on a déjà fait le tour de la question parce que nous on est déjà limités, on aimerait pouvoir mettre des présences, par exemple, des auxiliaires de vie. On aimerait commencer par ça et puis c'est juste, c'est payant par les personnes donc... on est déjà limité [...] »*<sup>301</sup>.

Toujours d'après Michelle, l'intervention d'un/e animateur/-trice socioculturel/le à domicile serait difficile. En effet, l'État ne donnant déjà que peu d'argent pour les soins, elle pense que ce serait certainement pas possible d'intégrer cela. Au niveau des subventions accordées pour le domaine des soins, on autorise au maximum deux passages deux fois par jour chez une personne nécessitant une prise en charge élevée alors qu'il faudrait qu'elle en bénéficie davantage. Alors où irait-on chercher l'argent pour financer un/e animateur/-trice ? De plus, selon ses dires, elle a émis le souhait de faire intervenir une auxiliaire de vie à domicile, mais de nouveau, il n'y a pas assez de fonds pour cela. Pour Michelle : « *Il y a un gros décalage entre une prise en charge centrée sur la personne et le monde politique et économique.* »<sup>302</sup> Il n'y a pas de prise de conscience des besoins dont devrait bénéficier la personne âgée dépendante. Michelle est catégorique par rapport à l'idée d'engager un/e animateur/-trice HES dans un centre médico-social :

*« Je ne pense pas que ce soit nécessaire d'avoir un animateur socioculturel dans les centres médico-sociaux, pour la simple et bonne raison que ces gens doivent aller dans des endroits où il y a des foyers de jour ou comme ça. Ils ne vont pas aller à domicile ! Nous les infirmières on fait beaucoup de choses. Alors, je ne vais pas vous dire qu'on a un diplôme d'animateur, ce n'est pas vrai, mais on se forme sur le tas, soit on fait des formations qui font qu'on fait aussi cela. »*<sup>303</sup>

Selon elle, les infirmiers/-ières sont déjà limités/-es, alors où pourrait-on encore puiser pour ajouter un ASC à l'équipe ?

Manuella, gériatre, ne voit pas la question du financement de la même manière que Michelle et pense justement qu'il serait intéressant de savoir de quelle manière notre intervention pourrait être remboursée. Elle l'exprime de la manière suivante : « *Ben c'est de l'animation*

<sup>298</sup> Entretien 3

<sup>299</sup> Entretien 1

<sup>300</sup> Entretien 1

<sup>301</sup> Entretien 6

<sup>302</sup> Entretien 5

<sup>303</sup> Entretien 5

*mais quelque part c'est aussi de la prise en charge, c'est aussi un soin. [...] Donc, il faudra voir comment ces prestations peuvent être remboursées, payées. »<sup>304</sup>*

Elle pense néanmoins que ce sera avant tout difficile parce que c'est nouveau et qu'il faudra notamment promouvoir l'intervention. Si l'on pense que cela retarderait l'entrée en EMS comme elle le stipule plus haut, on pourrait donc se questionner par rapport aux coûts ou aux bénéfices que cela engendrerait ? Selon elle, toujours, une telle démarche doit être soutenue aussi bien moralement que financièrement car il faut savoir que la population devient de plus en plus vieillissante et qu'il faudra donc déployer davantage de moyens pour leur assurer une vie digne et décente.

### Différences interrégionales

Un élément non négligeable est ressorti dans certains entretiens que l'on a conduits : les professionnelles perçoivent des divergences importantes quant à la prise en charge des personnes âgées en fonction des villes et villages du Valais qui en propose. Myriam occupe deux fonctions dans deux communes différentes. Elle constate que l'une d'entre elles est beaucoup plus pourvue que l'autre en terme de structures formelles et bénévoles qui permettent le maintien à domicile<sup>305</sup>. Michelle connaît très bien les politiques communales en termes d'interventions suggérées à la personne âgée dépendante. Elle fait remarquer que deux villes valaisannes qui comportent approximativement le même nombre d'habitants n'ont pas du tout les mêmes manières de gérer leur Centre médico-social :

*« Elle est gérée de manière à ce que le CMS a sous son toit absolument toutes les entités qui vont de la petite enfance à la personne âgée. [...] Mais les autres communes ne sont pas du tout gérées comme ça. C'est des entités à part. Alors vous avez la petite enfance, vous avez la personne âgée, vous avez tout ça qui sont à part du CMS. »<sup>306</sup>*

Comme nous l'avons vu précédemment dans la théorie, la question de la prise en charge de la personne âgée est abordée de manière tout à fait différente selon les cantons qui la traitent. Ici, nous nous rendons compte que cette problématique se retrouve également à l'intérieur même du canton du Valais, entre les communes qui le composent.

### Donner un sens à l'action

Marie observe que les interventions des bénévoles à domicile sont vécues comme « [...] des coups de fraîcheur » autant par le bénéficiaire que par sa famille qui « [...] peut se décharger pendant un moment ». Par contre, elle pense que bien que cela soit un agent de bien-être, il faut faire attention à ne pas entrer dans un système de relation verticale où la personne se sent obligée de se « laisser faire »<sup>307</sup>. Ses propos sont donc très reliés aux idées de participation active et d'autonomie développées plus haut. Pour elle, il est important que le projet « [...] ait une action à l'intérieur, que ce ne soit pas forcément une visite, que ça aille plus loin et qu'il y ait vraiment du sens à l'action »<sup>308</sup>. Elle estime qu'il ne suffit pas de se rendre chez quelqu'un uniquement pour marquer le passage et lui proposer des activités diverses. Il est avant tout question de trouver un sens à l'action qui va être entreprise. Elle oppose donc l'animation socioculturelle à la proposition de simples animations « occupationnelles ». Pour mettre l'accent sur le sens de l'action, il s'agirait donc d'approcher la personne de manière à créer un lien de confiance qui permette de comprendre quels sont ses réels besoins. C'est uniquement de cette manière qu'il est possible de la comprendre et de se rendre compte de ce qui pourrait être bénéfique pour elle.

<sup>304</sup> Entretien 5

<sup>305</sup> Entretien 2

<sup>306</sup> Entretien 6

<sup>307</sup> Entretien 4

<sup>308</sup> Entretien 4

#### 4.2.3.4. Les ressources à mobiliser

D'après Mélissa, lorsqu'il s'agit d'intervenir auprès de personnes touchées par des démences, ce qui est capital avant toute chose sont les trois points suivants :

- « [...] la sensibilité
- la créativité
- l'observation »<sup>309</sup>.

L'attitude que nous allons adopter et le lien de confiance que nous allons créer avec ces personnes vont amener la sécurité et éviter le changement. Car oui, selon elle, les personnes dépendantes et démentes ont absolument besoin de sentir qu'un lien de confiance se crée et elles accepteront mieux l'intervention si elles se sentent sécurisées.

#### 4.2.3.5. Quelques pistes d'action proposées

Au départ, nous n'avons pas forcément pour volonté d'ouvrir les entretiens à la proposition de diverses pistes d'action. Cependant, quelques-unes ont été soulevées par les professionnelles et il semble pertinent de les exposer brièvement ici.

Nous avons pu observer l'impact que peut avoir l'aspect relationnel dans la vie d'une personne âgée dépendante. Il semblerait donc qu'on ait la preuve qu'une telle action aurait un sens particulier. Maintenant, il est à se poser la question de la manière dont un projet de la sorte pourrait se construire. Tout d'abord, n'oublions pas l'objectif principal relevé par toutes les interlocutrices sans exception : il s'agirait de faire en sorte que les gens se rencontrent.

Pour ce faire, Marianne estime qu'il ne serait pas uniquement question d'intervenir à domicile. Les personnes auraient besoin d'un lieu où elles peuvent se recueillir et partager. Ainsi, elles bénéficieraient d'un point de repère autre que leur appartement ou leur maison, un endroit où elles se sentiraient en confiance, soutenues et écoutées. Grâce à la mise à disposition d'un lieu public, les personnes seraient entourées de gens qui recherchent les mêmes choses. Marianne propose notamment de mettre à disposition des aînés un « quartier général » qui leur corresponde dans leurs villes ou villages. Continuant sur cette lancée, Marie ajoute qu'il serait bénéfique pour ces personnes de les faire entrer en relation les unes avec les autres : « [...] en provoquant des rencontres chez elle, à plusieurs, avec un réseau d'amis ou ce genre de choses »<sup>310</sup>.

Il faut donc aller à la rencontre de celles-ci, leur exposer et clarifier la situation en insistant sur le rôle que l'on occupe. Selon Mélissa, il est plus pertinent de nous rendre chez la personne âgée directement et de discuter avec elle. Afin de pouvoir savoir au mieux ce que l'on peut lui apporter et ceci dans le but de favoriser l'aspect relationnel. Il est nécessaire de dialoguer avec les différents professionnels et le réseau qui entourent la personne. Pour ce faire, il faudrait donc mettre l'accent sur les besoins de chaque personne. Manuela et Mélissa soulèvent l'importance de rencontrer le bénéficiaire dans son contexte de vie. Elle remarque qu'il est plus adéquat d'entrer en matière dans ces circonstances et ainsi d'avoir une approche plus complète du sujet âgé en vue d'une collaboration.

Myriam insiste sur le fait que les personnes dépendantes ne sont pas les seules à être touchées par ce type de problématique. Parfois ce sont même des gens qui sont encore en bonne santé et qui ont de la famille mais qui disent : « On se retrouve seul et on aimerait

<sup>309</sup> Entretien 7

<sup>310</sup> Entretien 4

*dire, ne pas avoir de contraintes mais dire qu'on connaît un endroit où on peut aller et puis retrouver du monde, discuter avec quelqu'un.* »<sup>311</sup> Par « contraintes », Myriam entend probablement le fait de ne pas se retrouver dans l'obligation de devoir se rendre dans un lieu donné un certain nombre de jours par semaine ou par mois. Il serait plutôt question de choisir librement les moments durant lesquels ils désirent rencontrer des personnes à un endroit spécifique.

#### 4.2.3.6. Synthèse : une volonté

Marianne, Manuella et Mélissa sont toutes trois intervenues à un moment donné de leurs parcours à domicile auprès des personnes âgées et ont remarqué qu'effectivement, il y a une prise en charge pour certaines de la part des CMS et/ou des familles. Cependant, pour d'autres, l'intervention n'est pas connue. La question n'est pas uniquement de l'ordre des soins et de l'accompagnement, mais également de la vie sociale de ces personnes. Si l'on se réfère à la citation de Marianne citée plus haut dans le document, l'animation : « [...] *c'est les activités sociale, c'est la vie* »<sup>312</sup>. l'animateur/-trice aurait donc sa place dans un projet de vie à domicile, dans le sens où il/elle pourrait aider la personne âgée à développer un confort sentimental et social en lui proposant d'exprimer ses besoins et ses désirs et en l'encadrant dans le but d'y parvenir.

Ce qui découle de l'analyse de cette hypothèse démontre bien qu'il y a notamment des lacunes perceptibles au niveau des demandes et besoins émis par les aînés. À l'heure actuelle, on se concentre davantage sur l'aspect des soins au détriment du relationnel. La plupart des professionnelles exposent clairement la validité d'une intervention hors-murs auprès de la personne âgée dépendante. Cependant, la question du financement reste toujours un frein à cette intervention.

Nous avons également parlé du sens de l'action qu'il faut donner aux activités qui sont faites pour éviter qu'elles soient de type occupationnelles. À notre avis, il s'agit de ne pas confondre les « petites » activités et le fait qu'elles soient occupationnelles ou non. Nous avons vu que Marianne estimait que ce qui était proposé ne se devait pas forcément d'être exceptionnel et que le simple fait d'aller boire un café ou de jouer aux cartes pourrait avoir un réel impact sur la vie quotidienne des personnes âgées dépendantes. Pour nous, toute la question de la légitimité réside plutôt dans le sens qui est donné à ces petits ou gros projets.

---

<sup>311</sup> Entretien 1

<sup>312</sup> Entretien 7

### 4.3.3. L'hypothèse 3 : l'animation et le projet de santé

Les actions d'animation socioculturelle avec la population-cible qui nous intéresse sont perçues par les professionnels/-les du domaine médical comme se devant de faire partie du projet de santé de l'institution ou de l'association, par exemple en étant « préventives ».

#### 4.3.3.1. L'animateur/-trice et le personnel soignant

Les différentes professionnelles interrogées ont abordé sous différents angles la relation entre l'animateur/-trice et le personnel soignant. La collaboration avec des ASC ou avec des soignants/-es s'est faite dans des contextes professionnels différents. Les avis divergent donc en fonction des situations vécues. Pour certaines, la collaboration se passe très bien et le travail se fait en complémentarité. Pour d'autres, la relation entre les deux est parfois difficile et un sentiment d'infériorité peut être ressenti de l'un ou de l'autre côté. Afin de mieux percevoir la manière dont se positionnent les personnes avec lesquelles nous nous sommes entretenues, nous allons revenir sur chacune des femmes interrogées.

À ce propos, Marianne explique : « *Ce que je déplore, c'est souvent cette confrontation entre l'animation d'un côté et les soignants de l'autre, c'est vraiment dommage.* »<sup>313</sup> Elle estime que les animateurs/-trices font partie intégrante des professionnels/-es et qu'il n'y a donc aucune raison que ces derniers portent un autre badge ou une autre blouse. D'ailleurs, elle utilise un terme intéressant : elle pense qu'il faut « décroïsonner ». Par là, elle entend que chaque secteur est trop catégorisé selon des normes et des valeurs spécifiques. Il s'agit donc d'être attentifs et sensibles à cela afin de favoriser le changement.

Manuella estime que l'animateur qui exerce dans un établissement médico-social a un rôle important et doit être considéré quasiment au même titre qu'un soignant : « *Pour moi, dans le contexte de l'EMS, l'animateur socioculturel a une place très forte parce que c'est vraiment une place de presque soignant dans le sens que son activité elle est contributive à la prise en charge de personne qui vient en EMS de manière très significative.* »<sup>314</sup> Il est difficile d'interpréter le point de vue de Manuella par rapport au positionnement de l'animateur/-trice socioculturel/le dans une telle structure. Est-ce que son rôle est moins important que celui du soignant, est-ce qu'il le complète ou alors est-ce que les deux unités sont considérées de la même façon d'un point de vue hiérarchique ? Cela dit, ce qui en découle est que l'animateur/-trice socioculturel/-le joue un rôle important dans la prise en charge du sujet âgé et que son intervention est bénéfique.

Michelle a une perception différente de la relation entre animateur/-trice socioculturel/le et personnel soignant que Marianne. Elle soulève que les deux parties travaillent sur deux axes différents : l'animateur/-trice se charge davantage du relationnel tandis que le soignant s'occupe clairement des soins.

#### 4.3.3.2. Ce qui influence la relation

D'après les propos que nous avons récoltés, il semble que Marianne, qui fut infirmière pendant plusieurs années, trouve que la relation entretenue entre le secteur des soins et de l'animation et la manière dont se perçoivent mutuellement ces deux là sont l'effet de nombreuses causes.

---

<sup>313</sup> Entretien 1

<sup>314</sup> Entretien 6



### La manière dont se positionne l'animateur/-trice

Tout d'abord, elle pense que la façon dont se positionne l'animateur/-trice a une influence considérable : « *Cela dépend effectivement de l'animateur, de comment il perçoit son travail et son métier, de son positionnement personnel et professionnel, de s'il se sent de facto supérieur au soignant.* »<sup>315</sup> Elle ne pense pas qu'il existe une distance réelle et objective entre les deux types de professions. Aussi, elle estime que c'est à l'animateur/-trice, qui pratique une profession plus récente à un niveau historique, de prendre sa place dans une équipe ou dans un réseau déjà existant. Pour la sociologue, c'est la manière de fonctionner et de penser de l'animateur/-trice qui peut engendrer une manière positive ou négative de la part des soignants/-es d'apprécier son métier. En parlant des soignants, elle ajoute « [...] *qu'il faut les prendre plutôt comme des alliés que comme le contraire d'alliés* »<sup>316</sup>. Elle soulève l'importance de travailler en complémentarité et d'être en contact avec les professionnels/-es des soins tout en évitant de se considérer comme des adversaires.

Mylène, animatrice socioculturelle, soulève : « *On sait très bien que certains soignants ne voient pas l'importance, par exemple d'avoir de l'animation. Après c'est à l'animateur de prouver le contraire.* »<sup>317</sup> Il faut savoir que le métier de l'animation socioculturelle n'est pas ancien. En effet, il existe depuis une cinquantaine d'années et la formation d'animateur/-trice socioculturel/-le est présent en Valais seulement depuis vingt ans. Mylène, qui a créé sa place, a dû légitimer la profession et s'est investie énormément pour occuper ce poste. C'est pourquoi, elle sait qu'il est difficile de se lancer et de rendre visible cette profession qui n'est que peu connue, d'où l'importance de prouver que pour exercer celle-ci il faut acquérir des compétences particulières et se former théoriquement et sur le terrain. Elle ajoute « [...] *qu'il faut être conscient qu'entre l'équipe soignante et l'animateur socioculturel, c'est pas forcément bien vu* »<sup>318</sup>. Le travail du soignant est davantage perceptible que celui de l'animation et existe depuis de nombreuses années, c'est pourquoi sa place n'est souvent que peu définie face à l'équipe soignante. C'est un métier en voie de développement et qui gagne du terrain. Cela dit, il reste méconnu d'une grande partie de la population. D'où l'importance de le rendre visible et de promouvoir le métier afin d'être reconnu à sa juste valeur.

### L'importance du point de vue institutionnel

Marianne pense également que la confrontation qui peut être perçue entre ces deux parties « [...] *n'est pas qu'une affaire d'interactions professionnelles et de normes de groupes professionnels* »<sup>319</sup>. Cependant, elle remarque que la manière dont l'institution considère ces derniers a une influence certaine. Cela susciterait donc plusieurs interrogations :

- « *Comment l'institution perçoit les soins et l'animation ?*
- *Dans la voie hiérarchique, où en êtes-vous ?*
- *Est-ce que vous êtes le bras droit du directeur et les soins en-dessous ?*
- *Pourquoi les animateurs ne vont jamais au colloque des soignants et l'inverse ?*
- *Pourquoi ne fait-on pas un programme commun d'animation ?* »<sup>320</sup>

Selon elle, la manière dont se positionne l'institution face aux deux secteurs professionnels, soit les soins et l'animation, a donc une importance toute particulière. Par rapport à cela, Manuela apporte un regard de professionnelle ayant collaboré avec des animateurs/-trices HES ou non et soulève que : « [...] *en général, l'animateur fait partie intégrante de l'équipe soignante, c'est une personne à part entière et il y a beaucoup d'interactions entre le*

<sup>315</sup> Entretien 1

<sup>316</sup> Entretien 1

<sup>317</sup> Entretien 3

<sup>318</sup> Entretien 3

<sup>319</sup> Entretien 1

<sup>320</sup> Entretien 1



*personnel soignant et les ASC*»<sup>321</sup>. L'animation est donc directement liée au service des soins. C'est une approche différente de celle du personnel soignant mais elle soigne à sa manière.

### La méconnaissance du métier de l'animation socioculturelle

Il semblerait qu'un phénomène ait un effet considérable sur la manière dont les professionnels/-les des soins et de l'animation socioculturelle ont de collaborer et de se comprendre : la méconnaissance de l'animation socioculturelle en tant que profession.

Hormis les ASC elles-mêmes, aucune des personnes interrogées n'a déjà travaillé avec des professionnels/-les de l'animation socioculturelle étant en possession d'un Bachelor of Arts en travail social. Il n'est donc pas étonnant que les interlocutrices qui exercent dans d'autres champs que le nôtre éprouvent quelques difficultés à définir en quoi consiste ce dernier, particulièrement dans le domaine de la vieillesse. Michelle fait observer : « *Je connais dans la version animateur socioculturel pour les jeunes mais pas au niveau de la personne âgée. Je ne connais pas bien.* »<sup>322</sup> D'une certaine manière, on pourrait, interpréter le message de Michelle comme suit : cette dernière ne connaît pas vraiment le métier de l'animation socioculturelle et plus particulièrement les populations-cibles avec lesquelles travaillent les animateurs/-trices.

Comme on le remarque dans le discours de Manuella, la plupart ne font d'ailleurs pas de différences entre les diplômés dont disposent les animateurs/-trices : « *Alors je sais que dans l'EMS où je suis, il y avait aussi des étudiants comme vous mais de leur formation en fait, je ne sais pas exactement s'ils sont HES ou pas. Parce qu'il y a d'autres filières. ?* »<sup>323</sup> Nous pensons que le fait que notre métier soit peu connu a une influence non négligeable sur les réponses aux questions que nous avons posées.

Un phénomène paraît particulièrement expliquer le fait que notre profession soit méconnue. Marianne semble en effet estimer que l'animation est en voie de devenir une profession mais que plusieurs corps de métier peuvent encore se revendiquer d'exercer une telle activité : « *Alors moi je connais mal ce champ professionnel puisque tout le monde se revendique un peu de l'activité [...]* »<sup>324</sup>. Lorsque nous lui demandons si elle a déjà collaboré avec des animateurs/-trices socioculturels/-les HES, elle ajoute : « *Les animateurs et animatrices que j'ai connus dans les établissements sont parfois des professionnels qui ne sont pas qualifiés en termes d'animateurs. Ils sont infirmiers ou ils ont été éducateurs et ils ont pris ce poste.* »<sup>325</sup> Toujours à ce propos, Michelle rappelle que les infirmiers/-ères peuvent également faire de l'animation : « *Nous les infirmières on fait beaucoup de choses. Alors je ne vais pas vous dire qu'on a le diplôme d'animateur, ce n'est pas vrai mais on se forme soit sur le tas, soit on fait des formations qui font qu'on fait aussi cela.* »<sup>326</sup> Par là, elle semble exprimer le fait que même si leur formation de base n'est pas la même que la nôtre, les infirmiers/-ères acquièrent des notions d'animation et sont tout à fait capable d'exercer cette fonction au même titre.

Cette difficulté à définir l'animation et à savoir en quoi elle consiste révèle donc que cette activité est en pleine voie de professionnalisation en faisant l'objet d'une rémunération et en se dotant de concepts spécifiques résultant de la théorisation de connaissances qui proviennent de la pratique. Ces dernières sont destinées à être acquises au travers d'une formation.<sup>327</sup>

<sup>321</sup> Entretien 6

<sup>322</sup> Entretien 6

<sup>323</sup> Entretien 5

<sup>324</sup> Entretien 1

<sup>325</sup> Entretien 1

<sup>326</sup> Entretien 6

<sup>327</sup> [http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/33/90/73/PDF/note\\_de\\_synthese\\_savoirs.pdf](http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/33/90/73/PDF/note_de_synthese_savoirs.pdf)

#### 4.3.3.3. Les formations spécifiques dans le milieu de la personne âgée

Marianne, Mélissa et Manuella jugent toutes trois important d'acquérir une formation supplémentaire portant sur les types de pathologies dont les personnes âgées risquent d'être atteintes et notamment sur les maladies de types démentielles. Pour Mélissa, qui insiste sur le fait d'être formée pour pouvoir procéder au mieux, il faudrait vraiment acquérir des connaissances « [...] dans l'accompagnement et la validation des personnes »<sup>328</sup>. Car si elles ne sont pas acquises, les animateurs/-trices seront démunis lorsqu'il s'agira d'entrer en contact avec le sujet âgé.

Manuella a souvent collaboré avec des animateurs/-trices en EMS. Suite à ce travail en partenariat qui a pu être fait dans diverses institutions, elle soulève qu'il est fondamental pour les animateurs/-trices d'avoir des notions concernant les maladies qui engendrent la dépendance ainsi que sur les problèmes cognitifs d'une personne âgée. Cela a pour but d'appréhender et d'intervenir au mieux auprès des bénéficiaires. La gériatre perçoit que les aînés ont souvent des changements de comportement. Afin d'adopter une posture adéquate face à ces changements, elle ajoute qu'il est indispensable de connaître les pathologies des aînés pour ne pas se sentir démunis dans de telles situations.<sup>329</sup>

Pour Mélissa, il faudrait accepter de venir directement sur le terrain, de faire des formations et surtout d'accepter d'y prendre part. Ce qui doit être primordial pour ces personnes est également qu'elles maintiennent un lien social. C'est pourquoi il faut acquérir de bonnes connaissances sur le milieu dans lequel évolue celle-ci et apprendre à bien la connaître. Intervenant elle-même à domicile afin de rencontrer les personnes qui sont susceptibles de se rendre dans son centre de jour, Mélissa connaît le mal-être qui habite certains bénéficiaires et le fait que ces derniers ne soient pas compris. Ainsi, elle insiste sur le fait de se former directement sur le terrain et d'avoir des connaissances spécifiques aux pathologies et aux démences qui peuvent toucher nos aînés.

Cette dernière défend envers et contre tout ses idées par rapport à l'importance de la formation et de la prise en charge auprès de ces personnes. Elle remarque qu'il y a un manque à combler et qu'une intervention socioculturelle à domicile pourrait permettre de remplir ces lacunes. Les personnes âgées, selon elle, voient au travers des jeunes leurs petits-enfants et se sentent davantage en confiance quand ils les côtoient. Bien que vivant des maladies de type Alzheimer, ils sont conscients qu'ils existent aux yeux de certaines personnes et donc, qu'ils ne sont pas oubliés. Le fait de s'intéresser peut susciter un sentiment, comme le dit Mélissa, d'utilité, d'être aimé, du fait que leurs ressources sont perçues et appréciées à leur juste titre.<sup>330</sup>

#### 4.3.3.4. Deux types d'interventions

##### L'animation individuelle

Les deux professionnelles qui ne sont manifestement pas entièrement « pour » l'intervention d'un ASC à domicile occupent des statuts différents : l'une est infirmière et l'autre animatrice socioculturelle.

Pour la première, il s'agirait plutôt d'un enjeu financier tandis que pour la seconde, qui gère des groupes de bénévoles proposant des activités aux personnes en âge AVS, il est difficile pour elle de concevoir de l'animation en individuel. Elle a de la peine à imaginer comment pourrait s'articuler l'intervention dans l'individualité. Selon elle : « *L'animation socioculturelle a du sens quand on fait quelque chose en collectif ou en commun. Dès que ça devient de*

<sup>328</sup> Entretien 7

<sup>329</sup> Entretien 5

<sup>330</sup> Entretien 7

*l'individualité, on rentre plus dans une forme thérapeutique.* »<sup>331</sup> Michelle émet également cette opinion du fait qu'elle voit plutôt l'animateur/-trice évoluer dans des foyers ou des centres de jour et donc qu'il/elle intervient directement au sein de groupes. Il serait donc question de savoir ce que des ASC pourraient proposer à une personne seule.

Ce qui est également intéressant de relever dans l'interprétation de Marie, c'est que l'animation en individuel pourrait être considérée comme de la thérapie et donc comme un soin. Cependant, elle pense que l'animation doit être collective et donc ne pas faire partie intégrante du domaine des soins. Pourtant, si l'on en croit les dires d'autres professionnelles, l'animation fait partie intégrante des soins. D'ailleurs, Manuella l'exprime ainsi : *« L'animation socioculturelle pour les personnes âgées dépendantes, c'est au-delà de l'animation. C'est vraiment aussi un effet thérapeutique pour ces personnes. »*

### L'animation en groupe

Ces deux paragraphes se complètent en quelque sorte car les propos des différentes professionnelles se rejoignent sur certains points. Marie, qui met principalement sur pied des activités de groupe, perçoit mal l'animation dans l'individuel comme il l'est cité dans le paragraphe précédent. Elle imagine qu'il y a un sens à l'action quand l'intervention se fait dans un groupe. En effet, le fait de faire en sorte que les personnes soient plusieurs et groupées, cela renforce le partage, l'échange, l'écoute et favorise la création de liens, qui selon elle, est l'un des buts vers lesquels doit tendre l'animateur/-trice socioculturel/le.

Michelle la rejoint dans cette réflexion puisqu'elle estime qu'un/e animateur/-trice a sa place dans *« [...] un foyer de jour, un centre de jour ou un EMS »*<sup>332</sup>. C'est du moins ce qu'elle remarque au travers de sa profession, même si elle avoue ne pas connaître le métier. Michelle ne différencie pas les diverses animatrices qui existent sur le terrain et le dit clairement.

Certains des aînés, selon Mélissa, insistent sur le fait qu'ils préfèrent vivre en autarcie plutôt que d'intégrer des groupes ou de se mêler à la foule. Il est plus facile, avec certaines personnes, d'accorder leur confiance et de parler librement quand elles se retrouvent seules avec un tiers. Cependant, la relation se crée au fil des rencontres et des liens de confiance peuvent alors se tisser. Sa vision est certainement différente à celles d'autres professionnelles du fait qu'elle intervient, de par sa fonction, directement dans un groupe et voit donc évoluer les aînés dans ce dernier.

#### 4.3.3.5. Agir en amont en évitant ou en retardant l'institutionnalisation

Dans l'analyse de l'hypothèse précédente, nous avons observé que l'animation socioculturelle à domicile aurait différentes fonctions. Certaines professionnelles relient ces dernières à un objectif plus général qui consiste en l'évitement ou le retardement de l'institutionnalisation. Par exemple, pour elles, tenter de rétablir les liens, c'est agir en amont, c'est éviter ou retarder la dépendance et ainsi, le départ précoce en institution. À propos de l'animation, Manuella estime :

*« Eh bien ça (l'animation) servirait en premier lieu à aider la personne concernée à son bien-être à elle de cette personne âgée dépendante, à la garder insérée dans son milieu probablement plus longtemps parce que souvent, le problème des personnes âgées dépendantes est qu'elles peuvent rester un moment à domicile mais souvent leur dépendance s'accroît au cours du temps et puis finalement, elles doivent aller vivre en EMS, ce qui n'est pas toujours leur souhait. Donc ça permettrait certainement de maintenir la personne âgée*

<sup>331</sup> Entretien 4

<sup>332</sup> Entretien 6

*dépendante plus longtemps à domicile, ça permettrait je pense clairement d'aider la famille pour qui ces situations sont souvent très difficiles. »<sup>333</sup>*

La gériatre est donc d'avis que le fait d'entretenir des liens et de soutenir les familles permettrait à la personne âgée de rester chez elle plus longtemps si elle en éprouve l'envie. Elle rajoute aussi qu'une intervention telle que celle que nous pourrions proposer permettrait certainement le retardement de placement en EMS.<sup>334</sup> Alors qu'elle met en avant l'importance de garder le lien et le rôle de l'animateur/-trice socioculturel/le à ce sujet, Marianne explique : *« L'isolement, c'est pire que tout. L'isolement c'est vraiment plus de contacts. Je pense que cela, c'est à haute prédiction de placement en EMS. »<sup>335</sup>*

Les professionnelles mettent également en avant cet argument en parlant de structures déjà existantes. Mélissa explique par exemple l'une des raisons pour laquelle elle a ouvert son centre de jour destiné à accueillir des personnes touchées par des maladies de type Alzheimer : *« Je voyais aussi ces personnes qui rentraient très tôt en EMS parce qu'il y avait épuisement des familles. »<sup>336</sup>* Quant à Myriam, elle a visité un centre de jour et la directrice de cet établissement lui a fait remarquer quelque chose : *« Elle me disait : "Tout ce qui est gagné aux A., ça permet quand même à la famille de se reposer, de souffler un petit peu et c'est tout du temps gagné dans les EMS et tout ça". C'est tout du temps, que t'aïles trois mois aux A., c'est du temps gagné sur un placement. »<sup>337</sup>*

L'expression de ces opinions semble s'insérer dans la problématique du lien entre l'animation et le projet de santé. Mylène rappelle d'ailleurs : *« Et puis on sait très bien que si une personne est toujours seule, automatiquement, je pense que sa santé va se dégrader. »<sup>338</sup>*

Cela est d'autant plus intéressant que la politique valaisanne en faveur de la vieillesse a pour principale volonté de favoriser le maintien à domicile. D'ailleurs, une des deux animatrices s'en rend bien compte : *« On n'arrête pas maintenant de mettre en place des structures du point de vue... Le CMS, par exemple, pour prolonger le fait de rester à la maison au lieu d'aller dans un EMS ; donc là, l'animateur doit intervenir également sur cet aspect-là car ça permet également de lutter contre l'isolement. Et ça je pense que c'est extrêmement important. »<sup>339</sup>*

#### 4.3.3.6. Synthèse : décroisonner ou différencier l'animation des soins ?

Ici, nous remarquons que les membres du corps soignant interrogés ont des façons différentes de percevoir l'animation. Certains considèrent que cette dernière fait partie intégrante des soins, tandis que d'autres estiment qu'il s'agit d'un domaine qui s'en différencie complètement. Même les deux animatrices avec lesquelles nous nous sommes entretenues ont des avis divergents à ce sujet. Cependant, ce qui découle des entretiens est qu'il est important, d'une manière ou d'une autre, de collaborer et de travailler en complémentarité. Pourtant, ce qui peut être observé dans des établissements médico-sociaux est que le secteur de l'animation est bien souvent « dirigé » par le domaine des soins. Les infirmiers/-ères chefs/-fes sont les personnes de référence, et les décisions leurs sont incombées. L'animateur/-trice propose des activités et des animations puis les soumet à la responsable qui se chargera de l'autoriser ou non. De plus, il est perceptible, dans les différents entretiens que la place qu'occupe l'animation face à l'équipe soignante n'est pas clairement définie. Le travail effectué par l'animateur/-trice est peu visible de la

<sup>333</sup> Entretien 5

<sup>334</sup> Entretien 5

<sup>335</sup> Entretien 1

<sup>336</sup> Entretien 7

<sup>337</sup> Entretien 2

<sup>338</sup> Entretien 3

<sup>339</sup> Entretien 3

même façon que celui des soignants et de ce fait, il peut être non-légitimé face aux autres professionnels/-les.

La question du financement fait également débat car, comme nous l'avons vu dans la théorie, du fait que l'animation n'étant pas considérée comme un soin, il n'y a donc pas de subventionnement possible pour le moment. Pourtant, si l'on se réfère à certains propos tenus par les professionnelles lors de nos rencontres, l'animation ferait partie intégrante des soins et devrait donc, au même titre que ces derniers, recevoir des prestations financières. Ainsi, on remarque que le fait de considérer ou non l'animation comme un soin a une influence particulière sur les manières d'envisager son financement.

Pour aller plus loin en ce qui concerne le financement, on se rend compte qu'il existe un paradoxe entre la formation d'une part et la volonté d'autre part. En effet, si ces professionnelles prônent le fait qu'il est nécessaire d'avoir une connaissance des problématique et des pathologies pour intervenir, Michelle juge qu'il serait avant tout important de faire intervenir des auxiliaires de vie auprès des personnes âgées dépendantes, mais que le budget ne laisse pas cette disponibilité. Donc, il serait d'un côté pertinent de proposer une aide, un accompagnement ou une compagnie, et d'un autre côté, il serait nécessaire d'acquérir des connaissances dans le domaine de la santé pour pouvoir prodiguer, au mieux, une intervention professionnelle de qualité. La question qui se pose est donc de savoir s'il serait bénéfique de financer une personne non-formée qui coûterait moins cher ou de mettre en avant l'idée que la qualité passe avant le point de vue financier.

## 5. PARTIE CONCLUSIVE

---

*« Nos aînés sont gardiens de traditions, il sont venus avant nous et ils sont là. Nous, si on est là, c'est parce qu'ils nous ont précédés. »<sup>340</sup>*

Mélissa

### 5.1. Retour à la question de recherche : pistes d'action

***Quelles sont les interventions que pourrait proposer l'animateur/-trice socioculturel/le à des personnes âgées dépendantes vivant à domicile ?***

Au fil de la rédaction de notre travail, nous avons constaté que notre question de recherche suggérait une autre interrogation à laquelle il s'agissait de répondre avant de pouvoir nous aventurer autour d'une problématique aussi précise. Premièrement, il était à se demander comment serait perçue une telle action par d'autres professionnels/-les. Si nous avons pu remarquer que la possible intervention d'un animateur/-trice socioculturel/le était vue comme étant positive par toutes nos interlocutrices, la réponse à cette sous-question s'avère plus mitigée qu'elle n'y paraît. Elle suggère notamment des conditions qui sont particulièrement en lien avec le moyen de financement mais également avec d'autres phénomènes. Nous l'avons vu, les professionnelles des soins auraient des attentes particulières par rapport aux potentielles interventions des animateurs/-trices socioculturels/-les. Ces dernières nous semblent étroitement en lien avec la vision qu'elles peuvent avoir de notre profession.

#### 5.1.1. Liens avec le référentiel de compétences

Afin de mesurer de quelles manières ces attentes sont compatibles aux valeurs et compétences de notre métier, il nous a semblé pertinent de comparer ce qui a été relaté plus haut avec le Référentiel de compétences des métiers de l'animation socioculturelle. Concrètement, on remarque par exemple que les professionnelles tiennent, en général, à ce que les personnes âgées dépendantes conservent le plus longtemps possible leur autonomie. Le référentiel établit justement que l'une des compétences de l'ASC est d'accompagner les personnes afin qu'elle « porte » des projets qui sont le fruit de leur volonté.

---

<sup>340</sup> Entretien 7



### 5.1.2. Pistes d'action

Comme nous l'avons fait remarquer à plusieurs reprises, la thématique que nous avons choisi de traiter concernant notre Travail de Bachelor n'est pas connue et donc innovante si l'on en croit les dires des professionnelles interrogées. Cela dit, afin de mieux cerner dans quelles conditions nous pourrions développer une telle intervention et en nous référant aux propositions et aux pistes d'actions possibles relevées dans les différents entretiens, voici ce qui en découle :

- **Développer des centres de loisirs qui accueillent des personnes âgées**  
Les centres de loisirs et culture axent essentiellement leur « intervention » auprès de la jeunesse et de l'enfance. S'il y a toutefois des activités mises en place pour tout type de population, il y a des lacunes perceptibles dans l'intervention auprès de la personne âgée. Bien qu'il y ait des associations qui proposent des activités aux sujets âgés, un centre de loisirs pourrait proposer quelque chose de plus conséquent, notamment en s'intéressant aux besoins et demandes de ces derniers et en mettant sur pieds des projets en lien et avec ceux-ci. Ceci répondrait au besoin de lien social qui a souvent été mentionné par les professionnelles.
- **Développer l'intervention à domicile**  
Avant de développer cette recherche, nous désirions proposer une intervention hors-murs à domicile, cela de façon indépendante. Cependant, la plupart des professionnelles nous ont rendues attentives au fait que cela paraissait difficile d'un point de vue financier et qu'il était mieux de collaborer avec un organisme qui existe déjà.
- **Proposer un lieu de rencontre dans les villages et les villes pour les personnes âgées**  
Il est ressorti à plusieurs reprises que dans certaines communes, il y a des lacunes dans la prise en charge des personnes âgées. On remarque clairement qu'il y a une prise de conscience faite par rapport à la solitude et à l'isolement des aînés. Cependant, il y a aussi des personnes entourées qui souhaiteraient bénéficier d'un lieu qui leur appartienne et où des rencontres, des moments d'échanges et de créations de lien se feraient, dans le but de sortir en quelques sortes de cette « routine » du quotidien.
- **Proposer des mandats aux communes**  
Une politicienne a exprimé son opinion : elle estime que beaucoup de Communes valaisannes auraient les moyens financiers et matériels de proposer une intervention socioculturelle auprès des seniors. Pour elle, il est important, à un moment donné, de faire preuve de professionnalisme. À l'heure actuelle, dans sa Commune, les actions s'appuient souvent sur le bénévolat mais il n'existe pas de professionnels/-les formés dans ce domaine.

Pour valoriser toutes ces interventions, il s'agirait avant tout de :

- Promouvoir le métier et en démontrer l'importance
- Conscientiser la population à l'isolement de la personne âgée (le fait qu'on la mette à l'écart)

## 5.2. L'auto-analyse de la démarche

### 5.2.1. Le choix du sujet

Il va sans dire que notre travail de recherche nous a donné beaucoup de fil à retordre. En effet, nous avons pris le parti de traiter d'un sujet qui est malgré tout encore peu développé, particulièrement en Suisse et en Valais. Lorsque nous observions nos collègues apprentis/-es chercheurs/-ses progresser dans leurs investigations, nous nous sommes à maintes reprises demandées pourquoi nous avons choisi la difficulté. Lors de la rédaction de notre cadre théorique, il nous a par exemple été délicat de trouver des ouvrages qui traitent du sujet qui nous interpelle. Nous avons trouvé des informations en suffisance, certes, mais celles-ci étaient disparates, dispatchées dans un grand nombre de documents scientifiques. Il a donc fallu procéder à un gros travail de tri, de mise en commun et d'analyse de données. De plus, aucune animatrice interrogée ne travaille précisément dans le champ qui nous intéresse. Au début des entretiens, nous avons donc eu quelque peu l'impression de nous « jeter dans le vide ». Malgré cela, nous sommes aujourd'hui conscientes de l'importance d'avoir abordé un thème qui nous passionne d'une part et qui, d'autre part, peut concrètement nous ouvrir des portes sur des postes professionnels dans un domaine encore peu connu. L'animation socioculturelle étant un métier en pleine voie de professionnalisation, il semble tout à fait pertinent de profiter de nos études pour éclairer la piste de notre futur professionnel dans la grande aventure de l'animation.

### 5.2.2. La partie théorique

Alors que nous terminions la partie théorique de notre travail rédactionnel, nous avons dans un premier temps regretté de ne pas avoir davantage étudié certains aspects en lien avec l'animation socioculturelle. À ce moment, nous pensions que cela nous aurait permis de mieux comprendre les valeurs de notre profession, son rôle auprès de la population des aînés ainsi que ses différences et ses complémentarités avec d'autres domaines professionnels. Nous éprouvions même une certaine appréhension en estimant avoir fait quasi abstraction de l'aspect socioculturel de notre travail. Tandis que nous traversions une période de scepticisme due à cette interrogation, nous avons consulté les notes prises lors de l'une de nos rencontres destinées à la construction de ce document.

Ce retour à la base de notre travail nous a permis de ne pas nous égarer en rappelant par exemple que ce que nous désirions particulièrement observé étaient les avantages et les inconvénients de la mise en place d'une intervention socioculturelle hors-murs avec les personnes âgées. Pour ce faire, il ne nous semblait pas tellement important de nous rapporter à l'histoire de l'animation socioculturelle dans le domaine de la vieillesse et spécifiquement à domicile. D'une part, du fait que ce domaine professionnel n'est présent que depuis peu d'un point de vue historique dans le champ de la vieillesse en Valais, nous imaginons que nous aurions trouvé peu de références scientifiques qui donnent des pistes d'explications à ce sujet. Si toutefois nous avons pu en constituer un aperçu qui nous aurait permis de dresser un bref état des lieux autour de la question, celui-ci se serait certainement beaucoup inspiré de l'évolution de l'animation socioculturelle dans les structures accueillant les personnes âgées de manière permanente. Or, afin d'ouvrir le plus possible nos perspectives professionnelles à des modes de prises en charge alternatifs, nous avons décidé de ne pas nous enfermer dans des concepts liés à l'institutionnalisation en établissement médico-social. Cela nous aurait fait prendre le risque de rejoindre rapidement des problématiques qui reviennent régulièrement dans les travaux de fins d'étude en animation socioculturelle, entravant notre désir d'innovation. De plus, notre volonté de nous

spécialiser nous a poussé à particulièrement nous concentrer sur des notions auxquelles nous aurons peu de possibilités de nous intéresser d'une manière aussi intense à l'avenir.

Au final, nos regrets se sont peu à peu estompés par la découverte des propos enregistrés lors de nos rencontres. Les deux animatrices socioculturelles diplômées avec lesquelles nous nous sommes entretenues nous ont en effet rappelé quelques valeurs-clés de l'animation socioculturelle. Cela a permis une analyse où l'aspect socioculturel qui nous intéresse est bien présent, contrairement à ce que nous craignions.

### 5.2.3. Notre intérêt pour le positionnement médical

Le fait que l'aspect socioculturel soit peu présent dans notre recherche est également l'effet d'un autre phénomène : dans le cadre de ce mémoire de fin d'étude, nous avons beaucoup discuté autour des notions médicales relatives au champ de la vieillesse. Cela est certainement dû au fait que l'avènement de la dépendance au sens où nous l'entendons a fortement été influencé par les membres du corps médical. Tenter d'approcher la conception médicale du vieillissement nous a donné la possibilité de comprendre les différends entre les animateurs/-trices socioculturel/les et les professionnels/-les travaillant dans les soins et dans le milieu médical mais nous a surtout permis d'envisager des possibilités de collaboration. Nous nous sommes rendu compte que leur façon de voir était complémentaire à la nôtre. Ils perçoivent plutôt les problèmes alors que nous nous appuyons sur les ressources des personnes avec lesquelles nous travaillons. Pourtant, il est à noter que la médecin gériatre avec laquelle nous nous sommes entretenues prend vraiment en compte les aspects sociaux ainsi que les ressources mobilisées pour expliquer la façon dont une personne devient dépendante. De plus, elle a montré un réel enthousiasme à une intervention socioculturelle plus présente dans la commune dans laquelle elle exerce.

### 5.2.4. La partie analytique

Avant de parler de l'analyse réalisée dans cet ouvrage, il semble important de spécifier que cette dernière s'est construite en trois parties : les hypothèses que nous avons émises au début du travail, les entretiens et l'analyse de ces derniers.

En rédigeant l'analyse, nous avons pu constater qu'il était difficile de trouver, dans les entretiens, du contenu relatif aux hypothèses. En effet, lorsque nous parlions avec nos collègues, nous avons l'impression d'avoir dû beaucoup plus creuser que ces derniers/-ères pour découvrir des informations susceptibles d'amener quelque chose de vraiment intéressant à notre recherche. En effet, avant de la débiter et par rapport à ce qui s'est passé en réalité, nous imaginions tout à fait différemment notre manière de procéder à l'analyse des données. Nous pensions pouvoir additionner, comptabiliser et catégoriser de façon aisée les opinions des professionnelles interrogées. Ces avis, nous nous les représentions comme étant facilement reconnaissables, ceux faisant partie du même groupe comportant des propriétés identiques ou tout du moins très similaires. En fait, nous pensions que notre analyse ressemblerait à une sorte de jeu des familles, certes en plus conséquent. Le fait que celle-ci est due à plusieurs causes. D'une première part, il faut savoir que suite aux conseils de notre Directeur de travail de mémoire, nous avons réduit le nombre d'hypothèses de six à trois afin que celles-ci soient plus générales et qu'elles permettent l'obtention d'informations plus variées et complètes. De ce fait, il nous a été d'autant plus difficile de trouver des questions pertinentes et en lien avec ce que nous voulions chercher. Aussi, afin d'éviter d'être trop directives, nous avons fait le choix de poser des questions qui n'étaient pas toutes directement axées sur les hypothèses émises au début du travail. Avec du recul, nous pensons que la grille d'entretien aurait tout de même dû être davantage centrée sur ces dernières. Si cela a permis d'ouvrir la discussion à des éléments auxquels

nous n'avions pas pensé, il semble que nous nous sommes parfois un peu éloignées du sujet de base lors de nos entrevues. De plus, le thème de notre travail s'axe sur une problématique qui n'existe pas et donc qu'il est difficile pour des professionnels d'émettre des réponses à des questions qui se basent sur des hypothèses sur une problématique peu développée. Cependant, notre partie analytique est étoffée de nombreuses citations reprises des sept entretiens réalisés. Pour rédiger cette analyse, nous avons procédé dans les règles de l'art, c'est-à-dire en relisant les entretiens et en dispersant les données selon les hypothèses avec lesquelles nous les trouvions les plus en lien. Cependant, notre échantillon s'est composé de sept personnes. Ce nombre étant faible, nous avons pris le parti de procéder à une analyse se focalisant sur des propos précis, en lien avec les hypothèses. Pour ce faire, nous nous sommes servies de nombreuses citations qui nous ont donné la possibilité de les relier aux hypothèses proposées. Notre travail s'est donc avéré beaucoup plus nuancé et complexe à élaborer que ce que nous avions imaginé. Ceci nous semble néanmoins avoir été davantage intéressant, nous obligeant à comprendre les raisons qui poussent les intervenantes à penser d'une telle ou telle manière. De plus, le fait de n'avoir pas beaucoup de contenu brut nous a poussées à complexifier d'autant plus notre analyse et ainsi, à la rendre plus pertinente.

C'est pourquoi, le contenu de l'analyse n'est pas davantage conséquent. Il est difficile d'apporter des compléments à quelque chose qui n'existe pas encore. Cela dit, nous pensons que notre Travail de Bachelor est clairement un travail de recherche : d'une part par la richesse de la théorie qui nous a permis d'émettre des pistes d'action et d'apporter au travail cette dimension de recherche. Car on ne peut pas proposer de mettre en place un tel type d'intervention sans avoir pris connaissance de la problématique et des théories qui en découlent mais surtout des prises en charge déjà existantes. Ce travail nous a demandé un temps important et une analyse pertinente afin de pouvoir le compléter. De plus, il aurait également été pertinent de rencontrer plus de personnes venant d'horizons vraiment différentes. Ce n'est pas faute d'avoir essayé, mais les disponibilités et l'intérêt pour le travail n'étaient pas toujours au rendez-vous.

### 5.3. Les limites de la recherche

Les limites de la recherche sont les suivantes :

- Notre travail ne prend pas en compte les besoins des personnes âgées qui sont les principales concernées.
- Certaines professionnelles interrogées ne travaillent pas directement avec la personne âgée dépendante.
- Nous n'avons pas suffisamment pris en compte ce qui est fait dans les autres régions suisses ou valaisannes. Il est pourtant important de s'inspirer de ce qui existe et qui fonctionne.

### 5.4. Bilan par rapport à la formation

Notre formation s'est construite à la façon d'un entonnoir. Nous sommes parties d'une filière large : le travail social. Ensuite, nous avons continué notre route sur la voie de l'animation socioculturelle et de ses valeurs particulières en lien avec une évolution historique spécifique. La filière animation socioculturelle de la HES-SO Valais offre des cours destinés à interpeller tous les étudiants/-es, cela selon la population-cible à laquelle chacun/e s'intéresse. Évidemment, les aspects théoriques concernant les champs qui ont émergé il y a un certain temps sont d'autant plus présents et travaillés. Cela ne nous semble pas être

une volonté de l'école mais plutôt le cours normal des choses. Peu importe, de toutes manières, dès le début de notre formation, nous sommes averties : nous recevons une formation générale, laissant libre cours à nos volontés en terme de professionnalisation. C'est donc à nous de trouver des voies de spécialisation si nous en éprouvons le besoin.

Nous intéressant aux personnes âgées, nous avons profité de toutes les possibilités d'accroître nos connaissances théoriques et pratiques en la matière. À chaque fois que nous le pouvions, nous nous sommes intéressées à la personne âgée. Nos premières périodes de formation pratiques se sont déroulées pour l'une en établissement médico-social et pour l'autre en foyer de jour. Nos modules libres et OASIS, quant à eux, ont permis la création de deux projets portant sur le thème de la cuisine en lien avec la population des personnes âgées.

S'il n'est pas ici le lieu de faire le point sur nos connaissances et compétences acquises lors de notre cursus d'étudiantes en travail social, il nous paraît tout de même intéressant de montrer que ce travail de Bachelor conclut, selon nous, très bien notre formation.

Ce travail de Bachelor nous semble montrer la manière dont nous nous sommes intéressées à quelque chose de très précis tout en le reliant à l'animation socioculturelle.

## 5.5. Bilan personnel

### 5.5.1. Une démarche « admirable »

La plupart des personnes interrogées ont jugé important de nous remercier pour notre démarche. Elles trouvent qu'il est nécessaire de s'intéresser à la personne âgée car la société et les gens en général ont tendance à les stigmatiser, à les laisser de côté.

Selon Mélissa, si nous nous intéressons à cette problématique, c'est que nous sommes touchées. De plus, elle trouve : « *Ces personnes vont avoir la chance d'avoir des jeunes qui arrivent à les reconnaître dans ce qu'elles sont, dans leur potentiel, dans leur besoin d'être aimé, d'être utile, avant d'être reconnus comme des vieux déments, plus capables de rien.* »<sup>341</sup> Mélissa est bien consciente de la place occupée par nos aînés qualifiés de « déments » et de « dépendants ». Sa citation, ci-dessus, démontre bien que si nous avons la possibilité de pouvoir s'exprimer et d'être là, c'est avant tout grâce à nos aînés. Ces professionnelles estiment que nous, jeunes, nous sommes importants aujourd'hui afin de continuer le travail autour des personnes âgées, en faisant perdurer ce qui a déjà été mis en place mais surtout en proposant de nouvelles pistes d'actions. Il y a une phrase émise à nouveau par Mélissa lors de son entretien qui nous a particulièrement interpellées, du fait que nous la trouvons juste et que nous partageons cette idée : « *Moi ça me touche de voir des jeunes qui s'intéressent à ces personnes, alors que dans notre société il faut être beau, riche et performant. Quand on ne vaut plus rien, on les met de côté* »<sup>342</sup>. En effet, quelle place est proposée et valorisante pour nos aînés à l'heure actuelle ? Alors que la société s'intéresse davantage à ce qui peut rapporter et au superficiel. Mais les gens sont-ils conscients des richesses véhiculées par nos aîeux, de par leurs parcours de vie, de par leurs ressources et de par ce qui s'offre à eux quand ils arrivent à un stade de leur vie où ils n'ont plus forcément toutes leurs capacités ? Si nous, en tant que jeunes, nous portons de

---

<sup>341</sup> Entretien 7

<sup>342</sup> Entretien 7



l'intérêt à nos aînés, c'est avant tout parce que nous faisons preuve d'une grande sensibilité, toujours selon Mélissa, « ...parce qu'avec de la sensibilité, nous pouvons tout ressentir »<sup>343</sup>.

Pour ces professionnelles, le fait que nous soyons jeunes et prêtes à prendre en considération nos anciens démontre que le travail entrepris jusqu'à maintenant n'est pas perdu et qu'il sera question, dans l'avenir, d'offrir de nouvelles perspectives. Elles jugent que notre jeunesse peut apporter beaucoup à l'animation dans le sens où nous possédons des perceptions novatrices et créatives, et que si nous sommes si proches de ces personnes, c'est que nous voulons vraiment leur apporter une meilleure qualité de vie en n'articulant pas notre intervention uniquement autour de l'agir mais en laissant la personne âgée libre de ses choix en l'aiguillant peut-être, mais en n'intervenant pas à sa place. Toujours selon les professionnelles interrogées, la société se doit d'être reconnaissante par rapport à nous qui désirons nous consacrer au sujet âgé. De ce fait, elle serait susceptible de pouvoir nous aider pour concrétiser nos idées.

Leurs remarques nous ont rendues attentives au fait que nous nous représentions la vieillesse de manière positive. Comme nous l'avons remarqué dans le chapitre sur l'institutionnalisation de la dépendance, cela n'est pas toujours le cas dans notre société. Cependant, nous pensons que nous pouvons parvenir, au travers d'interventions socioculturelles, à rendre visible ce côté positif de la vieillesse.

## 5.6. Apprentissages réalisés

Ce travail nous a permis de réaliser plusieurs apprentissages qu'il nous semble intéressant de rapporter brièvement ici :

- Tout d'abord, ce travail nous a permis de déconstruire des représentations que nous avions assimilées comme étant exactes tout au long de notre formation. Vérifier des hypothèses au travers de cette recherche nous a fait nous rendre compte de l'importance de nuancer toutes nos perceptions. Cela est, nous semble-t-il, la base d'une posture professionnelle appropriée dans notre domaine.
- Aussi, nous avons eu l'occasion de connaître les valeurs d'autres corps professionnels. Cela nous a fait notamment comprendre qu'il était important de considérer les soignants/-es comme nos alliés/-es. Auparavant, sans nous en rendre compte, nous nous mettions dans une posture de rivalité avec ces derniers/-ères. Aujourd'hui, nous pensons que cela nous empêchait de mettre les principaux/-ales concernés/-és, soit les personnes âgées, au centre de la relation d'accompagnement.
- Il va également sans dire que nous avons établi de nombreux contacts avec des professionnelles travaillant dans le domaine qui nous intéresse.

## 5.7. Mot de conclusion

Il semble important de rappeler, bien que cela ait déjà pu être explicité plus haut, que ce travail sert de base à une problématique qui existe dans notre société. Nous pouvons nous rendre compte que, suite à sa lecture, ce document laisse quelques questions en suspens qui demanderaient à être davantage éclairées en vue d'utiliser ce travail de recherche pour proposer ou mettre sur pied un nouveau type d'intervention auprès de la personne âgée dépendante. En effet, nous avons pris le parti de nous intéresser avant tout au domaine médical afin de comprendre le cadre de référence d'autres corps de métier qui ont clairement influencé notre manière de percevoir la dépendance. Cela s'est fait au détriment

---

<sup>343</sup> Entretien 7



d'un positionnement relatif au métier de l'animation socioculturelle. De ce fait, il peut sembler que notre travail ne démontre pas forcément les liens entre une intervention à domicile auprès de la personne âgée et l'animation socioculturelle. De plus, ce document ne propose pas de « solutions miracles » ni de pistes d'action concrètes quant à la mise en place d'une telle action. Cependant, il paraît important de rappeler que notre désir était que cette recherche soit la plus « objective » possible. Pour nous, cela est le propre d'une recherche digne de ce nom. Aussi, il nous était inconcevable d'aborder une thématique en oubliant le travail qu'ont fait et que continuent de faire les professionnels/-les des soins et du médical. Nous l'avons vu à plusieurs reprises, notre métier est jeune. C'est à nous de nous adapter à notre environnement professionnel, l'inverse n'étant clairement pas envisageable. Nous pensons cependant que notre démarche pourrait être bénéfique et aurait sa place dans notre société, sachant que le nombre de personnes âgées va considérablement augmenter ces prochaines années et que le but est avant de favoriser le maintien à domicile de ces dernières. Maintenant, il semble important de valoriser ce travail en procédant à une méthodologie de projet propre à l'animation socioculturelle. Il paraît également nécessaire de ne pas oublier que l'animateur/-trice socioculturel/le est un/e acteur/-trice nouveau/-lle dans l'intervention à domicile, domaine dans lequel il est pertinent d'avoir de nouveaux regards.

Ce travail conclut à merveille notre formation d'animatrices socioculturelles. Cette thématique novatrice et clairement en lien avec notre métier nous a permis de mettre pleinement à profit nos ressources, compétences et connaissances acquises lors de notre formation, mais également d'en acquérir davantage. Nous sortons grandies et nourries de cette expérience qui nous permet dorénavant de donner du sens à notre profession.

# BIBLIOGRAPHIE ET WEBOGRAPHIE

---

## Ouvrages

- ABALLEA, François et al. - **Handicaps, incapacités, dépendance**. - Revue française des Affaires sociales, n° 1-2 janvier 2003, 57<sup>e</sup> année. - Paris : la Documentation française, 2003
- ARBUS, Stéphanie. - **Sciences humaines et sociales**. - Issy-les-Moulineaux : Éditions Elsevier Masson, 2006
- BONNET, Magalie. - **Vivre âgé à domicile : Entre autonomie et dépendance**. - Paris : Éditions L'Harmattan, 2001
- CHABBERT, Joëlle, et al. - **Vivre au grand âge : Angoisses et ambivalences de la dépendance**. - Paris : Éditions Autrement, 2001
- Collège national des enseignants de gériatrie (CNEG). - **Modules transversaux, Module 5 : Vieillesse**. - Paris : Éditions Masson, 2010
- DAGNEAUX, Isabelle et al. - **Des échelles pour prendre soin : Cailloux pour sentiers fragiles**. - Louvain-la-Neuve : Presses universitaires, 2009
- DHERBEY, Brigitte et al. - **La dépendance des personnes âgées : Des services aux personnes âgées aux gisements d'emploi**. - Sainte-Anne : Éditions Érès, Collection Pratiques du champ social, 1996
- ENNUYER, Bernard. - **Les malentendus de la dépendance, de l'incapacité au lien social**. - Paris : Éditions Dunod, 2002
- ENNUYER, Bernard. - **Repenser le maintien à domicile : Enjeux, acteurs, organisation**. - Paris : Éditions Dunod, 2006
- FIRTH, John D. et al. - **Gériatrie et soins palliatifs**. - Bruxelles : Éditions De Boeck, 2009
- GARDENT, Henriette et al. - **Dépendance des personnes âgées et charge en soins, expérimentation simultanées de six grilles de dépendance**. - Vanves : Centre Technique National d'Études et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations, 1988
- GRAY, David et al. - **Sémiologie médicale**. - Paris : Éditions Masson, 2003
- GUILLAUME, Jean-François. - **Parcours de vie : regards croisés sur la construction des biographies**. - Liège : Les Éditions de l'Université de Liège, 2005
- HUBER, Manfred et al. - **Le projet de l'OCDE sur la santé : Les soins de longue durée pour les personnes âgées**. - Paris : Éditions OCDE (Organisation de coopération et de développement économique), 2005
- KAUFMAN, Jean-Claude. - **L'entretien compréhensif**. - Paris : Éditions Armand Colin, 2008
- LALIVE D'ÉPINAY, Christian. - **Les années fragiles : La vie au-delà de quatre-vingts ans**. - Québec : Les Presses de l'Université de Laval, août 2008
- LANGENFELD, Solange et al. - **Processus psycho-pathologiques : Unité d'Enseignement 2.6**. - Issy-les-Moulineaux : Éditions Elsevier Masson, Collection Les essentiels en IFSI., 2011, page 3
- MALEL, Kamel et al. - **Santé publique : médecine légale, médecine du travail**. - Paris : Éditions ESTEM, 1996
- MARSAUDON, Éric. - **200 Questions-clés sur la maladie d'Alzheimer : Informer, traiter, accompagner, prendre en charge**. - Paris : Éditions Ellébore, 2008

- MARTIN, Claude, et al. - **La dépendance des personnes âgées : Quelles politiques en Europe ?** - Rennes : Éditions ENSP, 2003
- MEIRE, Philippe, et al. - **Le paradoxe de la vieillesse – L'autonomie dans la dépendance.** - Bruxelles : Éditions De Boeck, 1997
- ORIS, Michel et al. - **Transitions dans les parcours de vie et construction des inégalités.** - Lausanne : Presses polytechniques et universitaires romandes, 2009
- PAQUET, Mario. - **Vivre une expérience de soins à domicile.** - Québec : Les Presses de l'Université de Laval, 2003
- POUPART, Jean, et al. - **Les critères de scientificité des méthodes qualitatives.** - Québec : Éditions Gaëtan Morin, 1997
- POURTOIS, Jean-Pierre et al. - **Épistémologie et instrumentation en sciences humaines.** - Sprimont : Éditions Pierre Margada, 2007
- POYRAZ, Mustafa. - **Espace de proximité et animation socioculturelle.** - Paris : Éditions L'Harmattan, juin 2003
- RICHARD, Jacques. - **Psychiatrie gériatrique : Esquisse d'une histoire médicale par l'élaboration de son langage.** - Sprimont : Éditions Pierre Mardaga, 2001, pages 74,75
- VALLET, Guy. - **Le management des centres hospitaliers universitaires, conférence des Directeurs Généraux de Centres hospitaliers Universitaires.** - Montrouge : Éditions John Libbey Eurotext, 1998
- VERCAUTEREN, Richard et al. - **Un projet de vie pour le maintien à domicile des personnes âgées.** - Ramonville Saint-Agne : Éditions Éres, Collection Pratiques du champ social, 1998
- VEYSSETT, Bernadette, et al. - **Dépendance et vieillissement.** - Paris : Éditions L'Harmattan, 1989

## Dictionnaires et encyclopédies

- GIROD, Roger, et al. - **Dictionnaire suisse de politique sociale.** - Lausanne : Edition Réalités sociales, 2002
- SABBAH, Laurent, et al. - **Le tout en une révision IFSI.** - Paris : Edition Masson, 2009, page 518

## Articles tirés de revues spécialisées

- ARMI, Franca et al. - **La fragilité dans le grand âge, définition et impact sur les échanges de services.** - Revue Gériatrie et société, n° 109, février 2004
- BENAIM, C et al. - **Évaluation de l'autonomie de la personne âgée.** - Grau du Roi : Annales de réadaptation et de médecine physique, n° 48, 2005
- BILLE, Michel. - **Libre arbitre et traitement social de la vieillesse.** - Revue Les Cahiers de l'Actif, n° 364, septembre 2006
- HENRARD, Jean-Claude et al. - **Le RAI à domicile.** - Revue La lettre du R.A.I., N° 4, janvier 2001
- HENRARD, Jean-Claude et al. - **Le RAI à l'étranger.** - Revue La lettre du R.A.I., N° 4, janvier 2001

HENRARD, Jean-Claude. - **Les multiples facettes du vieillissement : Nous n'avons pas que l'âge de nos artères.** - Questions de santé publique, N° 2, septembre 2008

LUISIER, Géraldine, et al.- **Autonomie, participation, qualité de vie, des objectifs qui valent aussi pour la politique de la vieillesse.** - Revue Sécurité sociale, OFAS, n° 1, janvier 2008

ROBINE, Jean-Marie et al. - **Espérance de vie sans incapacité et ses composantes : de nouveaux indicateurs pour mesurer la santé et les besoins de la population.** - Revue Population, 39<sup>e</sup> année, n° 1, 1984

SAMITCA, Sanda et al. - **Évaluation du projet de l'OMSV : « Prévention des chutes et de la malnutrition chez les personnes âgées ».** - Lausanne : Institut de médecine sociale et préventive, Revue Raisons de santé 93, 2003

SAINT-CYR, Denise, et al. - **Réalité, subjectivité et crédibilité en recherche qualitative : quelques questionnements.**- Revue Recherches qualitatives, Vol. 20, 1999

THOMAS, Hélène.- **Le « métier » de vieillard, institutionnalisation de la dépendance et processus de désindividualisation dans la grande vieillesse.**- Revue Politix, n° 72, avril 2005

TRIVALLE, Christophe. - **Le syndrome de fragilité en gériatrie.** - Revue Médecine et Hygiène, Revue n° 2323, 22 novembre 2000

## Articles tirés de périodiques

BERREAU, Gilles. - **Le Valais se prépare à accueillir le papy-boom.** - Le Nouvelliste, le 17 avril 2010

SAVIOZ, Christine. - **Bienvenue dans ma mosaïque.** - Le Nouvelliste, le 1<sup>er</sup> septembre 2007

MAURISSE, Marie. - **Vieillesse : Vieillir chez soi, c'est possible.** - L'Hebdo, n° 50 du 11 décembre 2008

## Mémoires de fin d'études

CYR, Debbra. - **Le degré de satisfaction à donner des soins en tant que médiateur du potentiel d'abus chez les personnes-soutien.** - Thèse présentée à la faculté des sciences sociales en vue de l'obtention de la maîtrise es arts en psychologie. - Université de Moncton, septembre 1999

PERRAUDIN, Jérémie. - **L'évaluation de la douleur aiguë : le rôle infirmier et ses limites.** - Centre de Sion-Agasse : HES-SO Valais - Wallis, Domaine santé-social, filière en soins infirmiers, 2010

TROILLET, Pierre. - **L'animation en milieu hospitalier : quelle valorisation ?.** - Sierre : HES-SO Valais - Wallis, Domaine santé-social, filière travail social, octobre 2009

## Procès-verbal de symposium

GAUTHERON, Vincent et al. - **Évaluation en vie réelle des handicaps cognitifs et sensoriels.**- 3e journée de l'Institut des Sciences et Techniques de la réadaptation.- Lyon, janvier 2008

## Documents universitaires

MICHEL, Jean-Pierre. - **La fragilité est elle inéluctable avec l'avance en âge ?**. - Thônex : Département de gériatrie des hôpitaux universitaires de Genève, 2002

SAMITCA, Sanda et al. - **Évaluation du projet de l'OMSV « Prévention des chutes et de la malnutrition chez les personnes âgées »**. - Lausanne : Hospices/CHUV Département universitaire de médecine et de santé communautaire, 2003

JENRENAUD, Claude. - **Soins de longue durée des personnes âgées**. - Université de Neuchâtel : Institut de recherches économiques, septembre 2005

## Documents fédéraux

### Canton du Valais

Canton du Valais. - Service de la santé publique. - **Concept valaisans des établissements médico-sociaux et des autres institutions de soins pour personnes âgées**. - Sion : Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie, août 1999

Canton du Valais. - Service de la santé publique. - **La prise en charge des personnes âgées dépendantes**. - Sion : Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie, août 2005

Canton du Valais. - Service de la santé publique. - **Politique valaisanne en faveur des personnes en situation de handicap : Plan stratégique**. - Sion : Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie, février 2010

Canton du Valais. - Service de la santé publique. - **Rapport explicatif à l'appui de l'avant-projet de décret concernant les soins de longue durée**. - Sion : Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie, novembre 2009

Canton du Valais. - Service de la santé publique. - **Rapport du Département des finances, des Institutions et de la santé : Planification des soins de longue durée**. - Sion : Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie, mars 2010

Observatoire valaisan de la santé. - **Évolution démographique de la population résidente permanente au 31.12 en Valais par classe d'âge de 1900 à 2009**. - Sion : novembre 2010

Observatoire valaisan de la santé. - **8.1.1.0. Informations contextuelles 8. Pise en charge médico-sociale 8.1. Établissements médico-sociaux**. - Sion : mai 2010

### Confédération Suisse

HÖPFLINGER, François et al. - **Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires des personnes âgées en suisse**. - Chêne-Bourg : Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé, 2006

## Documents officiels d'autres pays

TIQUIN, Charles. - **Description et analyse des outils RAI, RUGs et PLAISIR dans la perspective de leur utilisation dans un système d'information pour le secteur médico-social**. - Montréal : EROS (Equipe de recherche opérationnelle en santé inc.), 1994, page 6

## Documents de formation

SARRASIN, Marie-Anne. - **La méthode de validation de Naomi Feil.** - Martigny, « RENCONTRE » en relation d'aide, juin 2011

## Autres documents

Association valaisanne des établissements médico-sociaux. - **Psychogériatrie dans les institutions de longue durée.** - Août 2009

FRAGNIÈRE, Jean-Pierre. - **Maintien à domicile : Renversement de perspectives dans la santé publique.** - 1997

MÜLLER, Pius et al. - **Méthode d'évaluation pour les services à domicile.** - Saint-Gall

## Webographie

Association Alzheimer Suisse Valais. - **Bienvenue sur le site de la section valaisanne de l'Association Alzheimer Suisse.** - Sion : Site de la section valaisanne de l'Association Alzheimer Suisse consulté le 30 novembre à l'adresse URL suivante : <http://www.alz.ch/vs/html/>

Association valaisanne des établissements médico-sociaux. - **Psychogériatrie dans les institutions de longue durée.** - Août 2009, page 14. - Site de l'AVALEMS consulté le 10 juillet 2010 à l'adresse URL suivante : [http://www.avalems.ch/avalems/avalems.nsf/0/1188F793FDF927F4C1257671002FE041/\\$File/Rapport%20commission%20psychog%C3%A9riatrie.pdf](http://www.avalems.ch/avalems/avalems.nsf/0/1188F793FDF927F4C1257671002FE041/$File/Rapport%20commission%20psychog%C3%A9riatrie.pdf)

Canton du Valais. - Service de la santé publique. - **Concept valaisans des établissements médico-sociaux et des autres institutions de soins pour personnes âgées.** - Sion : Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie, août 1999, page 15. - Site du Canton du Valais consulté le 10 juillet 2010 à l'adresse URL suivante : [http://www.vs.ch/Press/DS\\_3/PU-1999-02-06-1552/fr/concept\\_vs\\_etablissements\\_sociaux.pdf](http://www.vs.ch/Press/DS_3/PU-1999-02-06-1552/fr/concept_vs_etablissements_sociaux.pdf)

Canton du Valais. - Service de la santé publique. - **Établissements médico-sociaux pour personnes âgées, statistiques 2006-2007.** - Sion : Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie, septembre 2008. - Site du Canton du Valais consulté le 16 novembre 2010 à l'adresse URL suivante : [http://www.vs.ch/NavigData/DS\\_63/M16343/fr/Planification%20soins%20longue%20dur%E9e%202010-2015.pdf](http://www.vs.ch/NavigData/DS_63/M16343/fr/Planification%20soins%20longue%20dur%E9e%202010-2015.pdf)

Canton du Valais. - Service de la santé publique. - **La prise en charge des personnes âgées dépendantes.** - Sion : Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie, août 2005. - Site du Canton du Valais consulté le 12 juin 2010 à l'adresse URL suivante : [http://www.vs.ch/NavigData/DS\\_63/M16343/fr/ems\\_2005\\_rapport.pdf](http://www.vs.ch/NavigData/DS_63/M16343/fr/ems_2005_rapport.pdf)

Canton du Valais. - Service de la santé publique. - **Politique valaisanne en faveur des personnes en situation de handicap : Plan stratégique.** - Sion : Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie, février 2010, page 20. - Site du Canton du Valais consulté le 13 décembre 2010 à l'adresse URL suivante :



[www.finanzausgleich.ch/m/mandanten/185/download/Politique\\_valaisanne\\_pers\\_handicapes.pdf](http://www.finanzausgleich.ch/m/mandanten/185/download/Politique_valaisanne_pers_handicapes.pdf)

Canton du Valais. - Service de la santé publique. - **Rapport explicatif à l'appui de l'avant-projet de décret concernant les soins de longue durée.** - Novembre 2006, site du Canton du Valais consulté le 13 décembre 2010 à l'adresse URL suivante : [www.vs.ch/Press/DS\\_3/CC-2010-11-11-17843/fr/annexe6\\_soins\\_longue\\_duree.pdf](http://www.vs.ch/Press/DS_3/CC-2010-11-11-17843/fr/annexe6_soins_longue_duree.pdf)

Canton du Valais. - Service de la santé publique. - **Rapport du Département des finances, des Institutions et de la santé : Planification des soins de longue durée.** - Sion : Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie, mars 2010, page 7. - Site du Canton du Valais consulté le 14 janvier 2011 à l'adresse URL suivante : [www.vs.ch/Press/DS\\_3/CP-2010-04-15-16960/fr/rapport1\\_fr.pdf](http://www.vs.ch/Press/DS_3/CP-2010-04-15-16960/fr/rapport1_fr.pdf)

CFSO. - **Assistant en soins et santé communautaire CFC.** - Site de Orientation.ch consulté le 30 novembre 2011 à l'adresse URL suivante : <http://orientation.ch/dyn/1109.aspx?id=947>

Comité de l'AMIE. - **Page d'accueil.** - 2010, Site de l'Association martigneraise d'invitation à l'entraide consulté le 15 novembre 2011 à l'adresse URL suivante : [www.amie-martigny.ch](http://www.amie-martigny.ch)

Confédération suisse. - Office fédéral des assurances sociales. - **Caractéristiques de la politique de la vieillesse en Suisse.** - Site de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) consulté le 14 janvier 2011 à l'adresse URL suivante : [http://www.bsv.admin.ch/themen/kinder\\_jugend\\_alter/00065/01093/index.html?lang=fr](http://www.bsv.admin.ch/themen/kinder_jugend_alter/00065/01093/index.html?lang=fr)

Conseil suisse des aînés. - **Rapport sur la qualité des soins de longue durée.** - Site du Conseil suisse des aînés (CSA) consulté le 14 janvier 2011 à l'adresse URL suivante : [http://www.ssr-csa.ch/f/data/254/Microsoft\\_Word\\_-\\_QS-Lpfl\\_Bericht\\_fr\\_20070424.pdf](http://www.ssr-csa.ch/f/data/254/Microsoft_Word_-_QS-Lpfl_Bericht_fr_20070424.pdf)

DEGEN, Bernard. - **État social.** - Site du Dictionnaire historique de la Suisse consulté le 13 janvier 2011 à l'adresse URL suivante : <http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/f/F9932.php>

FRAGNIÈRES, Jean-Pierre. - **Maintien à domicile : Renversement de perspectives dans la santé publique.** - 1997, page 7 - Site de cours de politique sociale consulté le 11 février 2011 à l'adresse URL suivante : [www.cours-politique-sociale.ch/fr/sante3maintiendom.doc--13469/](http://www.cours-politique-sociale.ch/fr/sante3maintiendom.doc--13469/)

HAAS, Lionel. - **Politiques publiques.** - Site de Social Info consulté le 16 janvier 2011 à l'adresse URL suivante : <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicoposso/show.cfm?id=598>

HENRARD, Jean-Claude et al. - **Le RAI à domicile.** - Revue La lettre du R.A.I., n° 4, janvier 2001, site de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) consulté le 31 juillet 2011 à l'adresse URL suivante : <http://infodoc.inserm.fr/serveur/vieil.nsf/d0bec936cd2093f3c125696d002d7bbf/363d5a3d624631c9c12569d5005abd7a?OpenDocument>

JACCARD, Hélène. - **Comparaison intercantonale du recours aux soins de longue durée.** - Neuchâtel : Site de l'Observatoire suisse de la santé consulté le 23 février 2011 à l'adresse URL suivante : <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/05/02.html?publicationID=2752> page

JENRENAUD, Claude. - **Soins de longue durée des personnes âgées.** - Université de Neuchâtel : Institut de recherches économiques, septembre 2005, page 9. - Site de consulté le 24 novembre 2010 à l'adresse URL suivante :

[www.seco.admin.ch/dokumentation/publikation/02640/02642/index.html](http://www.seco.admin.ch/dokumentation/publikation/02640/02642/index.html)

LOONES, Anne et al. - **La fragilité des personnes âgées : perceptions et mesures**. - Site du Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie consulté le 14 janvier 2010 à l'adresse URL suivante : <http://www.credoc.fr/pdf/Rech/C256.pdf>

MAURISSE, Marie. - Vieillesse : Vieillir chez soi, c'est possible. - L'Hebdo, n° 50 du 11 décembre 2008. - Site de la société « Âge'3 » consulté le 17 juillet 2010 à l'adresse URL suivante : [http://www.age3.ch/fileadmin/images/Hebdo\\_11.12.2008\\_DCarticle\\_Vieillesse\\_rester\\_chez\\_soi\\_c\\_est\\_possible\\_PSG.pdf](http://www.age3.ch/fileadmin/images/Hebdo_11.12.2008_DCarticle_Vieillesse_rester_chez_soi_c_est_possible_PSG.pdf)

MIAS, Lucien.- **Évaluation de l'autonomie, les activités instrumentales de la vie quotidienne**. - Site de « Gérontologie en institution... comme à domicile » de l'Unité de soins de l'Institution « Longue Durée » d'Aussillon Consulté le 3 août 2010 à l'adresse URL suivante : <http://papidoc.chic-cm.fr/35AutonomieIADL.pdf>

MIAS, Lucien. - **Présentation du R.A.I, « Resident Assessment Instrument » traduit en « Méthode d'évaluation du résident »**. - sur le site Gérontologie en institution... comme à domicile de l'Unité de soins de l'Institution « Longue Durée » d'Aussillon consulté le 3 août 2010 à l'adresse URL suivante : <http://papidoc.chic-cm.fr/19raitextpresenta.pdf>

MICHEL, Jean-Pierre. - **La fragilité est elle inéluctable avec l'avance en âge ?**. - Thônex : Département de gériatrie des hôpitaux universitaires de Genève, 2002, page 58. - Site de l'institut Servier consulté le 15 janvier à l'adresse URL suivante : <http://www.l-institut-servier.com/download/vv/6.pdf>

MORISOD, Jérôme et al. - **La réadaptation gériatrique : aspects pratiques**. - Site de la Revue médicale suisse consulté le 23 décembre 2010 à l'adresse URL suivante : <http://revue.medhyg.ch/article.php?sid=21545>

MÜLLER, Pius et al. - **Méthode d'évaluation pour les services à domicile**. - Saint-Gall. - Site de Q-sys AG consulté le 15 novembre 2010 à l'adresse URL suivante : [http://www.rai.ch/products/hcf/RAI-dom\\_CH\\_docu\\_breve\\_180903.pdf](http://www.rai.ch/products/hcf/RAI-dom_CH_docu_breve_180903.pdf)

Observatoire suisse de la santé. - **État et structure de la population – indicateurs**. - Site de l'Observatoire suisse de la santé consulté le 12 juin 2010 à l'adresse URL suivante : <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/04/01/ind26.indicator.149006.260101.html?close=149002&open=149002>

Observatoire valaisan de la santé. - **8.1.1.0. Informations contextuelles 8. Prise en charge médico-sociale 8.1. Établissements médico-sociaux**. - Sion. Mai 2010. - Site de l'Observatoire valaisan de la santé consulté le 23 décembre 2010 à l'adresse URL suivante : [http://www.obs-vs-sante.ch/documents/8110\\_Informations\\_contextuelles.pdf](http://www.obs-vs-sante.ch/documents/8110_Informations_contextuelles.pdf)

Observatoire valaisan de la santé.- **Évolution démographique de la population résidente permanente au 31.12 en Valais par classe d'âge de 1900 à 2009**. - Sion, novembre 2010. - Site de l'Observatoire valaisan de la santé consulté le 3 janvier 2011 à l'adresse URL suivante : <http://www.ovs.ch/sante/scenario-devolution-population.html>

Office fédéral de la statistique. - **État et structure de la population – indicateurs**. - Site de la Confédération suisse consulté le 12 juin 2010 à l'adresse URL suivante : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/02/blank/key/alter/gesamt.htm>

HÖPFLINGER, François et al. - Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires des personnes âgées en suisse. -

Chêne- Bourg : Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé, 2006, page 2. - Site de l'Observatoire suisse de la santé consulté le 14 février 2011 à l'adresse URL suivante : <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/05/publikationsdatenbank.html?publicationID=2674>

OUAKAM OUAKAM, Jacques Fernand et al. - **Autonomie, dépendance et santé des personnes âgées. Cas du district de Bamako.** - Site de l'Organisation mondiale de la santé consulté le 19 septembre 2010 à l'adresse URL suivante : [http://indexmedicus.afro.who.int/iah/fulltext/Thesis\\_Bamako/05M91.PDF](http://indexmedicus.afro.who.int/iah/fulltext/Thesis_Bamako/05M91.PDF)

PELISSIER, Jacques et al. - **1.9.2 Index de Barthel.** - Site de Cofemer (Collège français des enseignants universitaires de médecine physique et de réadaptation) consulté le 23 décembre 2010 à l'adresse URL suivante : [www.cofemer.fr/UserFiles/File/Barthel2.pdf](http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/Barthel2.pdf)

RAMSEYER REY, Bettina. - **Rapport de gestion 2009.** - Sion, 2009, Site de l'AVALEMS consulté le 16 novembre 2010 à l'adresse URL suivante : [http://www.avalems.ch/avalems/avalems.nsf/0/E9F981EE72744BABC12577500026BAA2/\\$File/RAPPORT%20DE%20GESTION%202009\\_fr.pdf](http://www.avalems.ch/avalems/avalems.nsf/0/E9F981EE72744BABC12577500026BAA2/$File/RAPPORT%20DE%20GESTION%202009_fr.pdf)

Société de thanatologie. - **Qu'est-ce que la thanatologie ?** - Site de la Société de thanatologie consulté le 1<sup>er</sup> septembre 2011 à l'adresse URL suivante : [www.mort-thanatologie-france.com/thanatologie.html](http://www.mort-thanatologie-france.com/thanatologie.html)

TIQUIN, Charles. - **Description et analyse des outils RAI, RUGs et PLAISIR dans la perspective de leur utilisation dans un système d'information pour le secteur médico-social.** - Montréal : EROS (Équipe de recherche opérationnelle en santé), site de l'EROS consulté le 4 août 2011 à l'adresse URL suivante : [http://www.erosinfo.com/Produits/Doc/Plaisir/DESCRIPTION\\_ANALYSE\\_Outils\\_RAI\\_RUGs\\_PLAISIR.pdf](http://www.erosinfo.com/Produits/Doc/Plaisir/DESCRIPTION_ANALYSE_Outils_RAI_RUGs_PLAISIR.pdf)

WITORSKI, Richard. - **La professionnalisation.** - Site de « L'archive ouverte » HAL (service du CCSD) consulté le 23 janvier 2010 à l'adresse URL suivante : [http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/33/90/73/PDF/note\\_de\\_synthese\\_savoirs.pdf](http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/33/90/73/PDF/note_de_synthese_savoirs.pdf)

YLIEFF, Michel et al. - **La dépendance des personnes âgées. Définitions, causes et effets.** - Site de l'Observatoire, revue d'action sociale et médico-sociale consulté le 13 février à l'adresse URL suivante : <http://www.revueobservatoire.be/parutions/44/YlieffD44.htm>

# LISTE DES ANNEXES

## Annexe A : Liste des abréviations

AMIE	:	Association martigneraise d'invitation à l'entraide
AIVQ	:	Activités instrumentales de la vie quotidienne
AVALEMS	:	Association valaisanne des EMS
AVQ	:	Activités de la vie quotidienne
AVS	:	Assurance-vieillesse et survivants
ASSAD	:	Association suisse des services d'aide et de soins à domicile
ASC	:	Animateur/-trice socioculturel/le
CCSD	:	Centre pour la Communication Scientifique Directe
CFSO	:	Centre suisse de services de Formation professionnelle/Orientation professionnelle, universitaire et de carrière
CHUV	:	Centre hospitalier universitaire vaudois
CIF	:	Classification Internationale du Fonctionnement (par l'OMS)
CMS	:	Centre médico-social
CNEG	:	Collège national d'enseignement généralisé
Cofemer	:	Collège français des enseignants universitaires de médecine physique et de réadaptation
CSA	:	Conseil suisse des aînés
CuraViva	:	Association des homes et institutions sociales suisses
DUMSC	:	Département de médecine et santé communautaires
EMS	:	Établissement médico-social
EROS	:	Equipe de recherche opérationnelle en santé
HES-SO	:	Haute école spécialisée de suisse occidentale
IFSI	:	Institut de Formation en Soins Infirmiers
LAMal	:	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LAVS	:	Loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivant
OBSAN	:	Observatoire suisse de la santé
OCDE	:	Organisation de coopération et de développement économique
OFAS	:	Office fédéral des assurances sociales
OFS	:	Office fédéral de la statistique
OFSP	:	Office fédéral de la santé publique
OMS	:	Organisation mondiale de la santé
OMSV	:	Organisme médico-social vaudois
RAI	:	Resident Assessment Instrument
SWILSO-O	:	Swiss Interdisciplinary Longitudinal Study on the Oldest-Old (étude longitudinale sur le grand âge)
TB	:	Travail de Bachelor

**Annexe B : Tableau de Katz et al. (1970)<sup>344</sup>**

Activité	Description	Score
Hygiène corporelle	Autonome	1
	Aide partielle pour une partie du corps	1/2
	Aide pour plusieurs parties du corps ou toilette impossible	0
Habillage	Autonome pour le choix et l'habillage	1
	S'habille mais besoin d'aide pour se chausser	1/2
	Besoin d'aide pour choisir ses vêtements, pour s'habiller ou reste partiellement ou complètement déshabillé	0
Aller aux toilettes	Autonome	1
	Doit être accompagné, besoin d'aide	1/2
	Ne va pas aux WC, n'utilise pas le bassin, l'urinoir	0
Transfert	Autonome pour se mettre au lit et se lever du lit et de la chaise sans aide	1
	Besoin d'aide	1/2
	Grabataire	0
Continence	Continent	1
	Incontinence occasionnelle	1/2
	Incontinence permanente	0
Alimentation	Autonome	1
	Aide pour couper la viande ou peler les fruits	1/2
	Aide complète ou alimentation artificielle	0
Total :		

Le but de ce tableau est d'évaluer la manière dont une personne effectue chaque activité de la vie quotidienne (AVQ).

<sup>344</sup> LE, Xuan Hoa Binh.- **Reconnaissance es comportements d'une personne âgée vivant seule dans un habitat intelligent pour la santé.**- Thèse présentée à l'université Joseph Fourier (sciences-technologies et médecine en vue de l'obtention du grade de Docteur.- Grenoble, décembre 2008, page 7



## Annexe C : Échelle d'activités instrumentales de la vie courante (Lawton)

### Echelle d'activités instrumentales de la vie courante (IADL - Lawton)

Date : .....

Nom du patient : .....

Cachet du médecin

~~ATTE~~

Test précoce.

Test Pope 3.

Entourer la réponse qui correspond le mieux aux capacités du sujet (une seule réponse par item).

#### Capacité à utiliser le téléphone

- ☐ 0 Je me sers du téléphone de ma propre initiative, cherche et compose les numéros etc.
- ☐ 1 Je compose un petit nombre de numéros bien connus
- ☐ 1 Je réponds au téléphone, mais n'appelle pas
- ☐ 1 Je suis incapable d'utiliser le téléphone

#### Capacité à utiliser les moyens de transport

- ☐ 0 Je peux voyager seul(e) et de façon indépendante (par les transports en commun, ou avec ma propre voiture)
- ☐ 1 Je peux me déplacer seul(e) en taxi, pas en autobus
- ☐ 1 Je peux prendre les transports en commun si je suis accompagné(e)
- ☐ 1 Transport limité au taxi ou à la voiture, en étant accompagné(e)
- ☐ 1 Je ne me déplace pas du tout

#### Responsabilité pour la prise des médicaments

- ☐ 0 Je m'occupe moi-même de la prise: dosage et horaire
- ☐ 1 Je peux les prendre de moi-même, s'ils sont préparés et dosés à l'avance
- ☐ 1 Je suis incapable de les prendre de moi-même

#### Capacité à gérer son budget

- ☐ 0 Je suis totalement autonome (gérer le budget, faire des chèques, payer des factures ...)
- ☐ 1 Je me débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais j'ai besoin d'aide pour gérer mon budget à long terme (planifier les grosses dépenses)
- ☐ 1 Je suis incapable de gérer l'argent nécessaire à payer mes dépenses au jour le jour

☐ **Score aux 4 IADL = somme item téléphone + transport + médicaments + budget**  
**Score total (0 à 4)**



Tests psychométriques

## Échelle d'activités instrumentales de la vie courante (IADL)\*

1

Entourer la réponse qui correspond le mieux aux capacités du sujet (une seule réponse par item)

1/ Capacités à utiliser le téléphone

0	Je me sers du téléphone de ma propre initiative, cherche et compose les numéros etc.
1	Je compose un petit nombre de numéros bien connus
1	Je réponds au téléphone, mais n'appelle pas
1	Je suis incapable d'utiliser le téléphone

2/ Capacité à utiliser les moyens de transport

0	Je peux voyager seul(e) et de façon indépendante (par les transports en commun, ou avec ma propre voiture)
1	Je peux me déplacer seul(e) en taxi, pas en autobus
1	Je peux prendre les transports en commun si je suis accompagné(e)
1	Transports limités au taxi ou à la voiture, en étant accompagné(e)
1	Je ne me déplace pas du tout

3/ Responsabilité pour la prise des médicaments

0	Je m'occupe de la prise moi-même : dosage et horaires
1	Je peux les prendre de moi-même, s'ils sont préparés et dosés à l'avance
1	Je suis incapable de les prendre de moi-même

4/ Capacité à gérer son budget

0	Je suis totalement autonome (gérer le budget, faire des chèques, payer des factures...)
1	Je me débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais j'ai besoin d'aide pour gérer mon budget à long terme (planifier les grosses dépenses)
1	Je suis incapable de gérer l'argent nécessaire à payer mes dépenses au jour le jour

Score aux 4 IADL = somme item téléphone + transport + médicaments + budget

Score total (0 à 4)

Date : .....

Nom du patient : .....

\*O. Crémieux Gériatries 2000 n°18, pp 25-28

## Annexe D : Grille BESA (2011)

### FORMULAIRE D'EVALUATION DES EXAMENS ET SOINS

Le formulaire d'évaluation est à adresser à la caisse-maladie concernée avec la facture, selon l'article 12, al. 3 de la Convention du 2 mars 2009.



Résident : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

N° AVS : \_\_\_\_\_

N° de l'assuré : \_\_\_\_\_

Caisse-Maladie : \_\_\_\_\_

EMS : \_\_\_\_\_

1ère évaluation	Evaluations suivantes		
Date	Date	Date	Date

Mesures de soins et de traitements				
GROUPES DE PRESTATIONS		Points	Points	Points
5.2	Soins de base I - besoins hygiéniques			
6.2	Soins de base II - Assistance lors des repas et consommation de boissons			
7.2	Soins de base III - Mobilité			
8.2	Services / traitements médicaux et sanitaires			
9.2	Prestations psychogériatriques I - Orientation dans le temps et l'espace			
10.2	Prestations psychogériatriques II - Entretien d'assistance (comportement social)			
Total des points BESA				
Degré BESA				

Signatures de l'évaluateur infirmier

--	--	--	--

N° concordat (RCC) de l'EMS : \_\_\_\_\_

Signatures du médecin traitant

--	--	--	--

N° concordat (RCC) du médecin : \_\_\_\_\_

Degrés de soins BESA		
a) Degré 1 = de 1 à 6 Pts	e) Degré 5 = de 27 à 32 Pts	i) Degré 9 = de 53 à 58 Pts
b) Degré 2 = de 7 à 13 Pts	f) Degré 6 = de 33 à 39 Pts	j) Degré 10 = de 59 à 65 Pts
c) Degré 3 = de 14 à 19 Pts	g) Degré 7 = de 40 à 45 Pts	k) Degré 11 = de 66 à 71 Pts
d) Degré 4 = de 20 à 26 Pts	h) Degré 8 = de 46 à 52 Pts	l) Degré 12 = 72 & + Pts

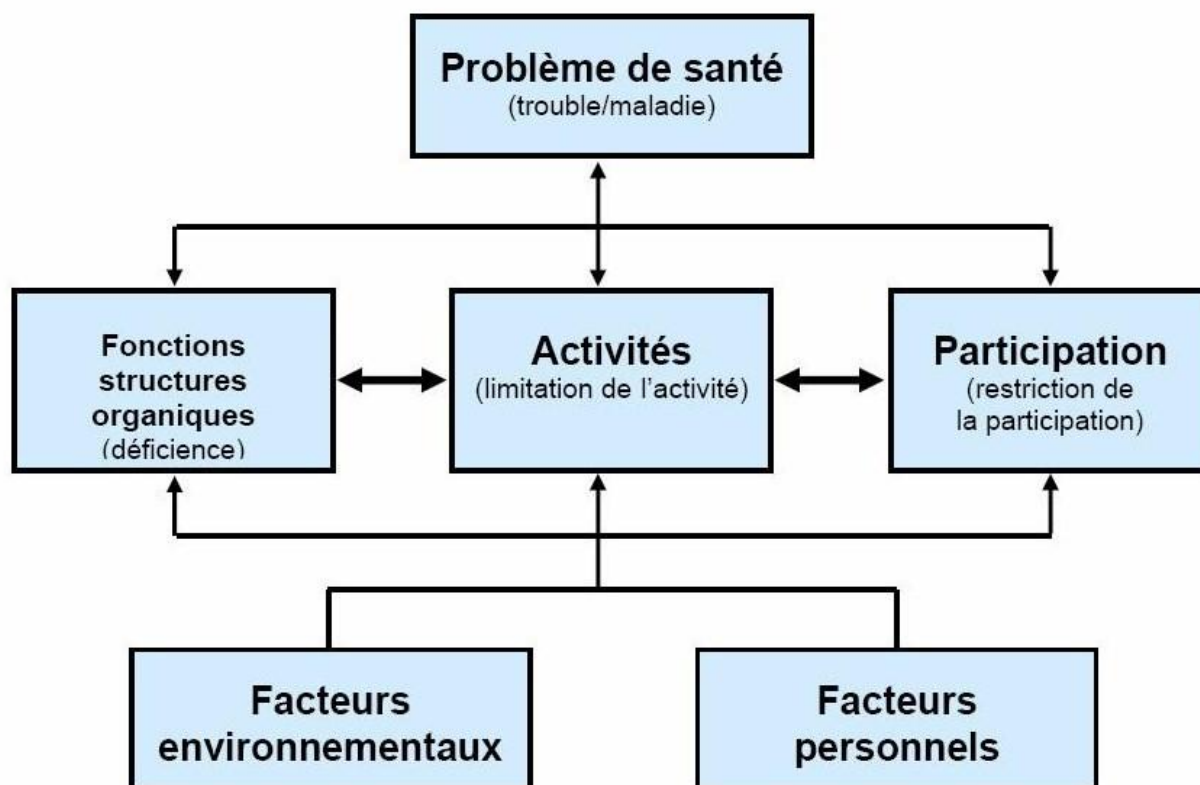
Ce certificat est à renouveler au minimum tous les trois mois

01.02.2011/AVALEMS/JDZ

## Annexe E : Projets d'appartements à encadrements médico-social

CMS	Lieu	Nom	Description	Nbre	Réalisé	Projet
Monthey	Monthey	Assoc. Les Marmettes	1 app. Domino (5) + 2 X 2 1/2 p. pour couples	9		2010
	Monthey	Fond. Artisan	appart. intégré (+ foyer de jour 20 pers.)	8		2011
	Monthey	Projet Troilleta	appart. intégré	15		2011
	Vouvry					
	St Maurice					
Martigny	Martigny	Mosaïque	studios	8	oui	
	Fully		studios sur même niveau avec locaux communs	6	oui	
	Martigny		studios sur même niveau avec locaux communs	9		2010
Sion	Sion	Domino (Chanoine Berchtold)	appart. intégré	6	oui	
Sierre	Sierre	Domino Maison-Rouge	appart. intégré	4	oui	
		Domino Centre	appart. intégré	5	oui	
		Domino Gare	appart. intégré	5	oui	
		Domino Côté Cour	appart. intégré	6	oui	
	Miège	Domino Miège	appart. intégré	4	oui	
	Salquenen	Domino	appart. intégré	5		2011
	Sierre	Domino Bourg (Cour des Miracles)	appart. Intégré avec unités log. de 2 p.	5		2012 (?)
	Chalais	Domino	appart. intégré	5		intention
	Chippis	Domino	appart. intégré	5		intention
	Chermignon	Domino	appart. Intégré	5		intention
Visp	Visp	Betreute Alterswohnung "Sunnubina"	appart. Intégré	9	oui	
	Visperterminen	Betreute Alterswohnung Visperterminen	appart. Intégré	9	oui	
	Leukerbad	Betreute Alterswohnung Leukerbad	appart. Intégré	10	oui	
Brig	Mörel	Alterswohnung De Sepibus	appart. Intégré	11	oui	

## Annexe F : Schéma de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé



GAUTHERON, Vincent et al.-  
*Évaluation en vie réelle des handicaps cognitifs et sensoriels.*- 3<sup>e</sup> journée de l'Institut  
des Sciences et Techniques de la réadaptation.-  
Lyon, janvier 2008, page 3



## Annexe G : Grille d'entretien

Dimensions	Indicateurs	Questions amorces	Sous-questions
<b>Profil</b> Politicien Médecin Sociologue Directeur CMS Directeur PRO SENECTUTE ASC	Sexe Formation Lieu de travail Expérience Fonction, rôle Réseau	> Quel est votre parcours professionnel ?	> Quelle formation avez-vous effectuée ? > Depuis combien d'année exercez-vous auprès de cet établissement ? > Etes-vous confronté quotidiennement à des personnes âgées ? > Adhères-vous régulièrement au travail en réseau avec d'autres partenaires ? > Avez-vous suivi une formation dans le domaine de la personne âgée ?
	La dépendance chez la personne âgée Quoi ? Des différences ? Rôle de l'ASC	> Que signifie pour vous le mot dépendance ? > Existe-t-il une ou plusieurs dépendances ? > Pour vous, l'animation socioculturelle c'est quoi ? > Quel lien entre l'animation socioculturelle et la personne âgée ?	> Quelles sont vos connaissances sur la problématique ? > Comment définissez-vous la dépendance ? > Comment percevez-vous la dépendance de la personne âgées ? > Il existe différents stades de la dépendance, pouvez-vous nous les expliquer ? > Collaborez-vous avec des animateurs socioculturels HES ? > Comment collaborez-vous ? > Selon vous, l'intervention d'un animateur socioculturel hors-mur serait-elle porteuse de sens pour des personnes âgées dépendantes ? > Serait-il utile, selon vous, de créer des postes d'animateurs socioculturels hors-mur qui interviendraient auprès de ces personnes ? A quoi ça servirait ? > Quels seraient les avantages ou les inconvénients ?
<b>Interventions</b>	Connaissance des structures spécifiques	> Quelles structures sont mises en place pour des personnes âgées dépendantes ? > Qu'est-ce qu'il existe comme moyens de prise en charge ?	> Quels types de prises en charge sont proposés à la personne âgée dépendante ? (ce que je connais, ce que je pratique) > Comment prenez-vous en charge la personne âgée dépendante ? > Selon le stade auquel se trouve la dépendance, quelles structures privilégiez-vous ? > Avec quelles structures collaborez-vous régulièrement ? > Connaissez-vous des structures qui ne sont pas médicalisées qui interviennent dans la prise en charge de personnes âgées dépendantes ?
	Prise en charge / Soutien	> Comment intervenez-vous habituellement auprès de personnes âgées dépendantes ?	> Quel est votre rôle dans la prise en charge d'une personne âgée dépendante ? > La prise en charge est-elle différente lorsque c'est un homme ou une femme ? > Quelles sont les réactions des personnes âgées lorsque vous intervenez auprès d'elles ? > Comment l'intervention d'un tiers est vécue par la famille ?
	Difficultés	> Quelles sont vos difficultés lorsque vous intervenez ? > Lorsque vous prenez en charge une personne âgée, qu'est-ce qui complexifie, qu'est-ce qui peut améliorer ? (freins, difficultés)	> Quelles sont les valeurs que vous privilégiez ? Qu'est-ce qui est important pour vous ? > Les difficultés sont-elles différentes selon que ce soit un homme ou une femme ? > Pensez-vous que dans certaines situations vous répondez à vos besoins ou à ceux que de la personne que vous aidez ? > Etes-vous parfois influencé par les sentiments des personnes âgées ou de sa famille ?
	Politicien, Médecin, Sociologue, Directeur CMS, Directeur PRO, SENECTUTE VS Travail social	> Quels sont les principales différences entre votre manière de travailler et celle de l'ASC ? > Comment se positionne l'ASC face à l'équipe soignante ou au politicien ?	> Quelle est votre vision de l'animation socioculturelle, du travail social ? > Travaillez-vous souvent en réseau avec des animateurs socioculturels ou des travailleurs sociaux ? > Si oui, vos collaborations sont-elles bénéfiques ?
<b>Ouvrir sur d'autres pistes</b>		> Comment voyez-vous la collaboration entre ces 2 équipes ?	

**Questions de clarification :**

- Pouvez-vous m'en dire d'avantage ?
- Pouvez-vous m'éclaircir sur ce point ?
- Pouvez-vous me donner un exemple ?

**Dernières questions :**

- Est-ce qu'il y a une question à laquelle vous auriez voulu répondre et que j'ai oublié de vous poser ?
- Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ?

**Fiche entretien**

Lieu		
Durée		
Ambiance		
Ressenti		
Discours post		



## Annexe H : Grille d'analyse

« Il y a une place pour l'animation hors des institutions. L'émergence du hors-murs en centres de loisirs est connue. Il faut comprendre que le hors-murs a aussi sa place lors de la prise en charge des personnes âgées qui ne sont pas placées dans des établissements médicaux-sociaux ou dans des foyers de jour. Rappelons qu'animer est sensé remettre la vie. Les animateurs/-trices socioculturels/-les HES ont leur place à domicile avec les personnes âgées qui n'ont pas forcément d'encadrement. »

Entretien 1	Entretien 2
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Bénéficier de l'aide, du soutien, des soins au quotidien pour éviter l'institutionnalisation (l.84-85)</i></li> <li>• <i>Il me semble que c'est cela la dépendance. Ce n'est pas qu'un état...il faut un tiers pour les repas, pour l'aide à la marche, pour ne pas oublier certaines choses. (l.89 à 92)</i></li> <li>• <i>On va leur enlever ce qui faisait leur autonomie (l.116 à 117)</i></li> <li>• <i>C'est-à-dire que ce que la famille fait, ce n'est pas l'État qui va prendre le relai. (l.196 à 198)</i></li> <li>• <i>Animation socioculturelle, je pense que c'est les activités sociales, c'est la vie au fond qui se joue là-dedans. (l.229 à 230)</i></li> <li>• <i>Mais de rester en réseau, en lien avec. (l.237)</i></li> <li>• <i>C'est probablement maintenir la vie, maintenir le contact, maintenir le lien, maintenir l'intérêt. (l.254 à 255)</i></li> <li>• <i>Moi où je vois des bases pour les animateurs, ce serait dans le cadre des CMS (l.316 à 317)</i></li> <li>• <i>C'est plus une représentation que j'ai là mais je pense qu'il faudrait que ces animateurs aient un lien avec d'autres professionnels. (l.320 à 321)</i></li> <li>• <i>Mais lié à un système qui existe déjà... personne serait d'accord de subventionner un animateur « dans la nature »,... (l. 335 à 337)</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ce que je retiens chez les gens, c'est la solitude (l.64)</i></li> <li>• <i>Plus les gens vieillissent, plus il y a des personnes qui partent autour d'eux et puis ils se retrouvent toujours dedans et puis seuls à quelque part (l.65 à 68)</i></li> <li>• <i>Je pense que c'est l'avenir, en tous cas les grandes communes peuvent se le permettre (l.186 à 188)</i></li> <li>• <i>C'est qu'on prône de plus en plus le fait de garder les gens le plus longtemps à domicile... À un moment-donné il faut aussi penser à soulager les familles. Donc je pense que si on peut se dire que s'il y a une ou deux journées dans la semaine qui ait quelque chose pour ces gens-là... (l.223 à 230)</i></li> <li>• <i>Il faut quand même à un moment donné du professionnalisme...il faut de la qualité (l.234 à 236)</i></li> <li>• <i>C'est aussi une question financière, parce que ça coûte(l.423 à 424)</i></li> <li>• <i>Ça serait mon rêve de dire « Ben voilà il y a une personne qui est là, qui s'occupe des aînés. ». (l.164 à 167)</i></li> </ul>

Entretien 3	Entretien 4	Entretien 5
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le but c'est quand on entend animation socioculturelle, c'est que les gens participent à la vie sociale de la Commune (l.68 à 69)</li> <li>• Le but dans l'animation socioculturelle, c'est que les personnes soient revalorisées et reconnues (l.77 à 78)</li> <li>• Donc tout à coup, nous on intervient avec le foyer et le club des aînés à dire ben voilà, « si on organisait quelque chose tous ensemble pour aussi mettre en avant et valoriser la personne âgée ». (l.65 à 67)</li> <li>• Ben le lien c'est que justement la personne a besoin d'être valorisée, d'être reconnue, que ce soit auprès des politiques également, auprès de leurs familles, auprès de toute la communauté. (l. 86 à 88)</li> <li>• Par exemple, il y a des gens qui sont aveugles, qui ont des problèmes de vue, qui ne peuvent plus lire forcément le journal donc... C'est un petit truc mais c'est vrai que c'est le genre de petites choses qui fait que nous on va mettre en place, trouver des bénévoles ; pis après on va coacher ces bénévoles pour pouvoir, pour que la personne puisse aussi avoir son moment pour lire le journal ou pour aller se balader, boire le café avec quelqu'un... (l. 110 à 116)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• À domicile, dans l'individuel, j'ai de la peine à voir comment est-ce que l'on peut articuler cela. Pour moi l'animation socioculturelle elle a du sens quand on fait quelque chose en collectif ou en commun (l.136 à 138)</li> <li>• Dès que ça devient dans l'individualité, on rentre plus dans la, dans la forme thérapeutique. (l.138 à 140)</li> <li>• Donc j'ai de la peine à concevoir l'animation socioculturelle dans l'individualité. (l.142 à 143)</li> <li>• Ce serait un petit peu le but de faire que la personne puisse sortir. (l.149 à 150)</li> <li>• Peut-être de provoquer des rencontres chez elles, à plusieurs avec un réseau d'amis ou ce genre de choses (l.152 à 155)</li> <li>• Alors là c'est délicat, c'est tout le domaine de la problématique de pas faire pour mais faire avec... Trouver un moyen de l'approcher sans faire à sa place. (l.175 à 177)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les personnes qui s'ennuient, ça devient même très vite des personnes très dépendantes parce qu'elles ont aucune activité de stimulation (l.53 à 55)</li> <li>• Vous avez besoin des autres ou d'une béquille. Pour moi une personne qui est dépendante elle a besoin d'une béquille qu'elle quelle soit pour exister et pour vivre quotidiennement. Alors après les béquilles elles peuvent être de différents ordres hein on est d'accord mais voilà. (l.62 à 66)</li> <li>• Pour moi, l'animation socioculturelle c'est une stimulation d'une personne à exister déjà pour elle-même et puis avec autrui. (l. 125 à 127)</li> <li>• C'est une personne qui aide à entrer en relation. (l.133 à 134)</li> <li>• Je pense pas que c'est nécessaire d'avoir un animateur socioculturel dans les CMS pour la bonne et simple raison que ces gens doivent aller dans des endroits où il y a des foyers de jour ou comme ça. Ils ne vont pas aller à domicile. (l.148 à 151)</li> <li>• J'ai l'impression que l'animateur socioculturel n'a pas grand-chose à faire avec une personne seule (l.167 à 169)</li> <li>• Il y a un gros décalage entre une vraie prise en charge centrée sur la personne et puis le monde politique et économique. (l.399 à 400)</li> </ul>

Entretien 6	Entretien 7
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Oui, sûr alors et ça je le répons parce que je vois aussi beaucoup de personnes âgées à domicile. (l.84-85)</i></li> <li>• <i>Pour ce qu'il y a du domicile ou de l'ambulatoire en effet une problématique de prise en charge de ces personnes âgées dépendantes(l.86 à 88)</i></li> <li>• <i>Je pense surtout que ce sera probablement difficile parce que c'est nouveau (l.116 à 117)</i></li> <li>• <i>C'est-à-dire qu'il faut avoir des connaissances sur ce que c'est les problèmes cognitifs d'une personne âgée. (l.138 à 139)</i></li> <li>• <i>Ça nécessite des compétences spécifiques (l.147)</i></li> <li>• <i>Donc ça permettrait certainement de maintenir la personne âgée dépendante plus longtemps à domicile, ça permettrait je pense clairement à aider la famille,... et je pense que ça aurait donc un effet vraiment important qualitatif de lien,...et possiblement de retardement de placement en EMS (l.109 à 114)</i></li> <li>• <i>Je trouve extraordinaire votre démarche, je pense que vous avez un avenir incroyable à faire de l'ASC à domicile et ce sera un plus pour ces personnes (l.278 à 280)</i></li> <li>• <i>Cette démarche telle que la vôtre doit être soutenue (l.357 à 358)</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Les objectifs c'est sûr, c'est permettre aux personnes âgées de rester chez elles, de restaurer l'estime de soi, de réduire le stress, aider à résoudre les conflits du passé. (l.104 à 106)</i></li> <li>• <i>Mais l'attitude, le lien de confiance amènent la sécurité et évitent les changements. (l.195 à 196)</i></li> <li>• <i>Si vous vous intéressez c'est que vous êtes touchée et puis ces personnes vont avoir la chance d'avoir des jeunes qui arrivent à les reconnaître dans ce qu'elles sont, dans leur potentiel, dans leur besoin d'être aimé, d'être utile, avant d'être reconnus comme des vieux déments, plus capables de rien. (l.203 à 206)</i></li> <li>• <i>C'est des jeunes qui peuvent beaucoup apporter à l'animation. (l.294 à 295)</i></li> <li>• <i>Pour être ASC auprès de personnes touchées par la maladie d'Alzheimer il faut vraiment avoir la connaissance de l'accompagnement dans la validation. Parce que vous allez être vraiment démunie. (l.304 à 307)</i></li> <li>• <i>La sensibilité, la créativité et l'observation. (l.314 à 315)</i></li> <li>• <i>Il faut quand même avoir une connaissance de la problématique du comportement. (l.330-331)</i></li> <li>• <i>L'avenir moi je pense qu'on va apprendre à connaître plus aussi votre profession hein, parce que ça c'est important. (l.357 à 358)</i></li> <li>• <i>Après ben il faut venir sur le terrain et puis faire les formations et accepter ces formations. (l.363 à 364)</i></li> <li>• <i>Donc je pense que la société a quelque chose par rapport à vous jeunes. (l.369 à 370)</i></li> <li>• <i>Une fille qui a de la sensibilité elle a tout compris. Parce qu'avec la sensibilité vous sentez tout. (l.382 à 384)</i></li> <li>• <i>Je pense qu'individuelle avec une approche, de la problématique de la maladie, de la connaissance des démences tout ça, oui. (l.393 à 394)</i></li> <li>• <i>Moi je pense que vous avez une place. Il faut les créer. Moi je dis une petite personne socioculturelle qui fait un baluchon... (l.413 à 415)</i></li> <li>• <i>Moi je suis sûre,...il faut du temps. Il faudrait pouvoir travailler à 50% et puis</i></li> </ul>

	<i>avoir du temps autrement.</i> (l.422 à 423)
--	--